

1. EVALUATIERAPPORT: VOORTSCHRJDENDE INZICHTEN...

Derde evaluatiecommissie
van de Wet Bopz

April 2007

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

	Voorwoord	5
	Verklaring onderzoeksconsortium	7
1.	Inleiding	9
	1.1 De Wet Bopz	10
	1.1.1 Reikwijdte	10
	1.1.2 Parlementaire geschiedenis en uitgangspunten	10
	1.1.3 Evaluatie van de Wet Bopz	12
	1.2 Eerste evaluatie	12
	1.2.1 Aanbevelingen	13
	1.2.2 Opvolging aanbevelingen	14
	1.3 Tweede evaluatie	15
	1.3.1 Bevindingen en aanbevelingen	15
	1.3.2 Opvolging aanbevelingen	19
2.	Taken en werkwijze evaluatiecommissie	25
	2.1 Taken evaluatiecommissie	26
	2.1.2 Geen evaluatie observatiemachtiging	27
	2.1.3 Opzet onderzoek	27
	2.2 Werkwijze evaluatiecommissie	30
	2.2.1 Eigen thema's evaluatiecommissie	30
	2.2.2 Verwerking onderzoeksresultaten	30
3.	Bevindingen over het functioneren van de Wet Bopz	33
	3.1 Inleiding	34
	Algemeen deel	
	3.2 De rol van de wetgever	35
	3.3 De veranderende verhouding tussen opneming en behandeling	39
	3.4 De veranderde positie van een aantal actoren	40
	3.4.1 De positie van de IGZ	40
	3.4.2 De positie van het openbaar ministerie	41
	3.4.3 De positie van de burgemeester	44
	3.4.4 De positie van de geneesheer-directeur	46
	3.4.5 De positie van de rechter	49
	3.4.6 De positie van de patiëntenvertrouwenspersoon	50
	3.4.7 De veranderde positie van de centrale actoren	51
	3.5 Centralisatie van kennis	52
	3.6 De complexiteit van de Wet Bopz	54

Bijzonder deel

De externe rechtspositie

3.7	Het opnemingscriterium 'gevaar'	56
3.8	De geneeskundige verklaring	58
3.9	Het bereidheidscriterium	62
3.10	Crisisopvang	64

De interne rechtspositie

3.11	Huisregels	66
3.12	Klachtrecht	67

Overige onderwerpen

3.13	Forensische psychiatrie	69
3.13.1	Reikwijdte	70
3.13.2	Enkele opmerkingen vooraf	73
3.13.3	Artikel 51 Wet Bopz	75
3.13.4	De rechtspositie van de blijvend (delict)gevaarlijke psychiatrische patiënt op grond van de Wet Bopz	77
3.13.5	De rechtspositie van de forensisch psychiatrische patiënt op grond van de Beginselenwetten	79
3.13.6	Nieuwe zorginitiatieven voor specifieke groepen	81
3.13.7	Overplaatsing van forensisch psychiatrische patiënten naar een psychiatrisch ziekenhuis (artikel 37 Sr.)	84
3.13.8	Bopz-machtiging bij (over)plaatsing forensisch psychiatrische patiënten	85
3.13.9	Bopz-machtiging in aansluiting op een strafrechtelijke maatregel	87
3.14	Kinder- en Jeugdpsychiatrie	89
3.15	Wils(on)bekwaamheid	92
3.16	De voorwaardelijke machtiging	95
3.17	Toepassing van de Wet Bopz bij allochtone patiënten	97

Aanbevelingen

3.18	Aanbevelingen	99
------	---------------	----

4.	Contouren van een nieuwe regeling	105
4.1	Inleiding	106
4.2	Overwegingen die pleiten voor een nieuwe regeling	107
4.3	Uitgangspunten voor een nieuwe regeling	110
4.4	Schets van de nieuwe regeling	117
4.5	Taak commissie psychiatrische zorg	118
4.6	Samenstelling en organisatie commissie psychiatrische zorg	121
4.7	Wettelijk kader passende zorg	122
4.7.1	Vrijwillige zorg	122

4.7.2	Gedwongen zorg, behandeling en opneming	123
4.7.3	Extra beveiliging	123
4.7.4	Crisisinterventie	124
	Literatuurlijst	127
	Bijlage 1: Leden van de derde Evaluatiecommissie van de Wet Bopz:	129
	Bijlage 2: Leden van het Onderzoekconsortium	131
	Bijlage 3: Instellingsbesluit van de derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz	133
	Bijlage 4: Tekst van de Wet Bopz geldend na inwerkingtreding van de wet van 20 november 2006, Stb. 680 (<i>zelfbinding</i>)	139
	Bijlage 5: Lijst met gebruikte afkortingen	185

Voorwoord

Vanaf de ontstaansgeschiedenis heeft de Wet Bopz voortdurend in het teken gestaan van de spanning tussen de belangen van de patiënt, de zorgverlener en de maatschappij, wat vele malen tot maatschappelijke discussies leidde. De nadruk op het verschil in belangen maakte dat het vinden van een evenwicht hierin een ware uitdaging was.

Het was de taak van de evaluatiecommissie van de derde evaluatie van de Wet Bopz om het bestaande evenwicht te beoordelen, en antwoord te geven op de in het instellingsbesluit geformuleerde hoofdvraag: *“Functioneert de Wet Bopz na de diverse aanpassingen en de verbeterde voorlichting op adequate wijze en welke wijzigingen zijn eventueel noodzakelijk?”* Deze vraag is tweeledig, omdat de vraag naar het functioneren van het bestaande stelsel ook de vraag in zich herbergt of een stelselherziening nodig is. Het antwoord op deze vraag in het voorliggende rapport ‘Voortschrijdende inzichten...’ is dan ook eveneens tweeledig.

Het ministerie van VWS heeft aan een onderzoeksconsortium zeven onderzoeken uitbesteed, waarbij het de taak van de evaluatiecommissie was om te functioneren als begeleidingscommissie. Omdat bij het verstrekken van de opdracht aan het consortium er geen rekening mee is gehouden dat de commissie, na afronding van de onderzoeken, leestijd nodig zou hebben om te komen tot haar aanbevelingen, hebben de onderzoekers twee maanden voor hun deadline de onderzoeken moeten afronden. Zij hebben daardoor onder een behoorlijke tijdsdruk moeten werken. De evaluatiecommissie is tevreden met de onderzoeksresultaten en is het onderzoeksconsortium zeer erkentelijk voor haar getoonde flexibiliteit. De onderzoeken bieden een schat aan informatie over de werking van de Wet Bopz gedurende de afgelopen periode. Ik verwijs de lezer hiervoor gaarne naar de delen 2 tot en met 8 van deze evaluatiereeks.

De evaluatiecommissie heeft aan de hand van de beschikbare onderzoeken, de gesprekken met praktijkdeskundigen en de expertise van de leden een meer beschouwend onderzoek gewijd aan de bestaande kaders van de Wet Bopz. Het resultaat daarvan is neergelegd in hoofdstuk 3. De algemene conclusie van de evaluatiecommissie is dat de Wet Bopz globaal voldoet aan de oorspronkelijke doelstellingen van de wet. Daarbij is zij evenwel tot het inzicht gekomen dat het spanningsveld tussen de verschillende bij de uitvoering van de wet betrokken partijen steeds groter is geworden in de tijd. Hierdoor heeft de wet helaas steeds meer het karakter gekregen van een wet met belangentegenstellingen. De evaluatiecommissie is tot het oordeel gekomen dat niet langer vanuit tegenstellingen moet worden gedacht, maar dat moet worden gezocht naar een verbindende regeling.

Daarop heeft de evaluatiecommissie haar reflexieve benadering losgelaten en met de deskundige inbreng van de leden gezocht naar de uitgangspunten voor een mogelijk nieuw wettelijk systeem. Dit heeft geresulteerd in een voorstel voor de contouren van een nieuwe regeling waarin passende zorg voor de patiënt, ongeacht waar hij zich bevindt, het centrale uitgangspunt is. De evaluatiecommissie stelt voor om bij het bepalen van de (gedwongen) passende zorg de verschillende belangen met elkaar te verbinden in een onafhankelijke commissie psychiatrische zorg, die zal bestaan uit een psychiater, een jurist en een deskundige die de belangen van de patiënt, familie en maatschappij vertegenwoordigt. Graag verwijs ik voor een nadere toelichting naar hoofdstuk 4.

De titel van het rapport 'Voortschrijdende inzichten...' is een mooie illustratie van dit tweeledige en volgtijdelijke perspectief van waaruit de evaluatiecommissie heeft geopereerd. Ook is deze titel een goede weergave van het proces dat de leden van de evaluatiecommissie in gezamenlijkheid hebben doorgemaakt; de uiteenlopende gezichtspunten van de leden zijn gaandeweg op basis van inspirerende bijeenkomsten uitgemond in een visie die de leden van de commissie unaniem onderschrijven.

Het kabinet zal zowel voor de korte termijn als de langere termijn een vorm moeten vinden waarin aan de diverse belangen recht wordt gedaan. Op basis van mijn ervaring als voorzitter van deze evaluatiecommissie spreek ik de verwachting uit dat dit rapport niet alleen qua inhoud, maar ook voor wat betreft de wijze van totstandkoming, richtinggevend kan zijn voor de vervolgstappen die door het kabinet moeten worden gezet.

23 april 2007

Mr. dr. R.B.M. Keurentjes,
Voorzitter.

Verklaring onderzoeksconsortium

Brief aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Justitie

Excellenties,

In december 2005 sloot Prismant als penvoerder van een onderzoeksconsortium, dat naast haarzelf bestond uit de Universiteit Maastricht en de Vrije Universiteit Amsterdam een overeenkomst met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (directie Curatieve Zorg) voor het uitvoeren van onderzoek ten behoeve van de derde evaluatie van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).

De looptijd van het onderzoeksproject was van 1 december 2005 tot 1 maart 2007. Gedurende het project is geregeld overlegd met de derde evaluatiecommissie, ingesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Justitie op grond van artikel 71 van de Wet Bopz.

Dit heeft geleid tot een eindresultaat bestaande uit zeven eigenstandige onderzoeksrapportages die aan de evaluatiecommissie ten behoeve van hun werkzaamheden zijn overhandigd. Deze rapportages betreffen de volgende deelonderzoeken:

1. Dwang en drang buiten de instelling (Deel 2)
2. Dwangtoepassing binnen de instelling (Deel 3)
3. Grensgebieden van de Wet Bopz (Deel 4)
4. De Algemene wet bestuursrecht en de Wet Bopz (Deel 5)
5. Toepassing van de Wet Bopz bij allochtone cliënten (Deel 6)
6. Internationale ontwikkelingen (Deel 7)
7. Ervaringen met en meningen over de Wet Bopz. (Deel 8)

De begeleiding van de werkzaamheden van het onderzoeksconsortium door de evaluatiecommissie gedurende het gehele onderzoekstraject, zowel tijdens de gemeenschappelijke sessies als tijdens bilaterale contacten met de voorzitter mr.dr. R.B.M. Keurentjes, als ook de secretaris van de evaluatiecommissie mevrouw drs. drs. E.J.P. Gijsen en de afzonderlijke leden, is door de onderzoekers als zeer positief ervaren en heeft ertoe kunnen bijdragen dat de werkzaamheden niet alleen binnen de afgesproken tijd, maar ook met een zeker gevoel van gepaste trots zijn afgerond.

Wij hopen dat de onderzoeksrapporten een bijdrage hebben kunnen leveren aan de opdracht van de evaluatiecommissie om antwoord te geven op de hoofdvraag van de derde evaluatie: *“Functioneert de Wet Bopz na de diverse aanpassingen en de verbeterde voorlichting op adequate wijze en welke wijzigingen zijn eventueel noodzakelijk?”*

Wij hopen tevens dat de voorliggende resultaten een constructieve en duurzame bijdrage mogen leveren aan de wijze waarop de maatschappelijke discussie rond de Wet Bopz verder gestalte kan krijgen.

Met vriendelijke groet,
namens het onderzoeksconsortium,

drs. M. (Mark) Sluiter
projectleider onderzoeksconsortium derde evaluatie Wet Bopz
lid managementteam Prismant

1. INLEIDING

1.1 De Wet Bopz

De Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz, Stb. 1992, 669) regelt de gedwongen opneming en gedwongen behandeling van personen die door een psychische stoornis een gevaar voor zichzelf of hun omgeving vormen. De Wet Bopz ziet zowel op de externe als de interne rechtspositie van de patiënt bij een gedwongen opneming. De externe rechtspositie wordt bepaald door de criteria voor de gedwongen opneming, de procedures voor opneming, verlof en ontslag en de schadevergoedingsregelingen. De interne rechtspositie van de gedwongen opgenomen patiënt wordt bepaald door de regels over het behandelingsplan, de dwangbehandeling, de toepassing van middelen of maatregelen en het klachtrecht inclusief het beroep op de rechter. Daarnaast kent de wet een aantal administratieve bepalingen, bepalingen over het toezicht op de naleving van de wet door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het openbaar ministerie (OM), en enkele strafbepalingen.

1.1.1 Reikwijdte

Anders dan de titel van de wet suggereert, is de reikwijdte van de Wet Bopz niet beperkt tot psychiatrische ziekenhuizen. De Wet Bopz is ook van toepassing op instellingen voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, verslavingszorg, psychogeriatrische zorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen. De tweede evaluatiecommissie heeft de aanbeveling gedaan om de sectoren psychogeriatrische zorg en verstandelijk gehandicaptenzorg niet langer onder de reikwijdte van de Wet Bopz te laten vallen. Het kabinet heeft deze aanbeveling overgenomen en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft inmiddels een aparte wettelijke regeling voor deze beide sectoren aangekondigd.¹

1.1.2 Parlementaire geschiedenis en uitgangspunten

De Wet Bopz is in 1994 in werking getreden ter vervanging van de Krankzinnigenwet uit 1884. De parlementaire behandeling van de Wet Bopz heeft meer dan twintig jaar in beslag genomen. Deze uitzonderlijk lange duur van de parlementaire behandeling vond zijn oorzaak mede in de immanente spanning tussen de verschillende waarden en beginselen die in het geding zijn bij de gedwongen opneming en gedwongen behandeling van mensen met een psychische stoornis. In de maatschappelijke en parlementaire discussie moet altijd een balans worden gevonden tussen verschillende fundamentele rechten en plichten. In een wettelijke regeling zal de spanning die bestaat tussen het beginsel van zelfbeschikking, het fundamentele recht

1 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 28 950, nr. 5.

op lichamelijke integriteit en persoonlijke vrijheid én de plicht voor de overheid om burgers noodzakelijke medische zorg te bieden en de samenleving of de betrokken persoon te beschermen tegen gevaar, moeten worden opgelost. Deze materie is extra complex omdat de inzichten in de psychiatrie en de maatschappelijke opvattingen over de behandeling van personen met een psychische stoornis voortdurend aan verandering onderhevig zijn.

Bij de totstandkoming van de Wet Bopz is gekozen voor een tweetal uitgangspunten om de onontkoombare spanning tussen de verschillende belangen in evenwicht te houden. Het eerste oorspronkelijke uitgangspunt van de Wet Bopz was het maximaal respecteren van de zelfbeschikking en de vrijheid van het individu. Slechts in de situatie dat er gevaar dreigt voor de persoon met een psychiatrische aandoening of voor zijn omgeving mag door de rechter tot een gedwongen opname worden besloten. Hierbij gelden als aanvullende criteria dat er een causaal verband moet bestaan tussen het gevaar en de psychiatrische aandoening én dat het gevaar niet buiten de instelling kan worden afgewend. Als consequentie van het eerste uitgangspunt bevat de Wet Bopz als tweede uitgangspunt een uitgebreide rechtsbeschermingsregeling voor de persoon die dreigt te worden opgenomen of die is opgenomen. De Wet Bopz biedt uitgebreide rechtsbescherming aan de persoon die tegen zijn wil wordt opgenomen bij de procedure die tot gedwongen opname kan leiden en gedurende het verblijf binnen de instelling waar die opname plaatsvindt. Deze beide uitgangspunten staan na de verschillende wijzigingen en aanvullingen van de Wet Bopz nog steeds overeind. Wel is naar aanleiding van de evaluaties van de Wet Bopz en onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen de invulling van de uitgangspunten aan de tijd aangepast.

De oorspronkelijke Wet Bopz kan worden gekarakteriseerd als primair een opname-wet. De gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis is het centrale instrument van de Wet Bopz om de betrokkene en de maatschappij te beschermen tegen gevaar als gevolg van een psychiatrische aandoening. Na de totstandkoming van de Wet Bopz heeft er geleidelijk aan een verandering van waardering plaatsgevonden met betrekking tot de ingrijpendheid van de verschillende maatregelen ter afwending van gevaar en, meer in het bijzonder, de balans tussen gedwongen opname en gedwongen behandeling. Deze inzichten hebben tot aanpassing van de Wet Bopz geleid. Om ambulante drangbehandeling mogelijk te maken is de voorwaardelijke machtiging geïntroduceerd.² Het wetsvoorstel uitbreiding dwangbehandeling behelst een regeling om in het belang van de patiënt door middel van een gedwongen behandeling de duur van de gedwongen opname niet langer te laten duren dan noodzakelijk is.³ Dit wetsvoorstel is op 15 februari 2007 aanvaard door de Tweede Kamer. Deze en andere aanpassingen breiden het arsenaal van de

2 Wet van 13 juli 2002, Stb. 431.
3 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 492.

Wet Bopz uit, maar tasten de gedwongen opnemings als fundament voor de structuur en opzet van de wet niet aan.

1.1.3 Evaluatie van de Wet Bopz

Op grond van artikel 71 van de Wet Bopz dienen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Justitie verslag uit te brengen aan de Staten-Generaal over de wijze waarop de wet functioneert. De eerste evaluatie diende drie jaar na inwerkingtreding van de Wet Bopz plaats te vinden, vervolgens dient de wet iedere vijf jaar te worden geëvalueerd.

1.2 Eerste evaluatie

In november 1996 werd het rapport van de eerste evaluatiecommissie *Wet Bopz, Evaluatierapport. Tussen invoering en praktijk* door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan het parlement aangeboden. Het kabinet heeft op 27 november 1997 het kabinetsstandpunt *Evaluatie van de Wet Bopz* aan de Staten-Generaal aangeboden.⁴

De eerste evaluatie werd uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de evaluatiecommissie van de Wet Bopz. Deze commissie, onder leiding van de onafhankelijke voorzitter dr. H. B. Winter, bestond uit leden afkomstig uit de sectoren waarop de Wet Bopz van toepassing is, de patiëntenbeweging, de rechterlijke macht en de gezondheidswetenschap. De eerste evaluatiecommissie achtte het niet mogelijk en zinvol om alle aspecten van de Wet Bopz in de evaluatie te betrekken. De commissie heeft zich beperkt tot de evaluatie van de externe rechtspositie en de interne rechtspositie. De commissie heeft hiertoe negen thema's geformuleerd en per thema een deelonderzoek laten uitvoeren. De eerste evaluatie vond relatief kort na de inwerkingtreding van de Wet Bopz plaats. De evaluatiecommissie constateerde dat de implementatie van de Wet Bopz nog niet in alle sectoren was voltooid. In verschillende sectoren bleek nog een groot gat te gapen tussen wet en praktijk. De evaluatie had hierdoor meer het karakter van een onderzoek naar de voortgang van de implementatie van de Wet Bopz dan een evaluatie van de gevestigde praktijk. Om deze reden stelde de evaluatiecommissie zich terughoudend op bij het trekken van conclusies over de werking van de Wet Bopz. Onder het geschetste voorbehoud kwam de eerste evaluatiecommissie evenwel tot de conclusie dat de Wet Bopz in belangrijke mate bijdraagt aan de centrale doelstelling van de wet: de versterking van de rechtspositie van patiënten bij een gedwongen opname. De eerste evaluatiecommissie deed op grond van de uitgevoerde onderzoeken in totaal 43 aanbevelingen, waaronder een aantal suggesties voor aanpassing van de Wet Bopz.⁵

4 Kamerstukken II, vergaderjaar 1997-1998, 25 763, nr. 1.

5 Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (1996).

1.2.1 Aanbevelingen

De aanbevelingen van de evaluatiecommissie betroffen onder andere de volgende onderwerpen:

1. *Criteria voor opnemng.* De evaluatiecommissie constateert dat de toetsing aan het gevaarscriterium in de praktijk uiteenloopt en acht verheldering van het begrip 'gevaar' noodzakelijk. De evaluatiecommissie beveelt de wetgever aan zich opnieuw te bezinnen op de rol van het bereidheidscriterium bij gedwongen opnemng.
2. *Rechterlijke machtiging en inbewaringstelling (lbs).* In het belang van de familie en de psychiater dient bevorderd te worden dat de officier van justitie aanwezig is bij de zitting. De bezoekplicht van de officier van justitie wordt niet nageleefd. De wettelijke mandateringsregeling in het kader van de lbs wordt niet altijd nageleefd, bijvoorbeeld door het werken met blanco volmachten.
3. *Indicatiestelling.* De instellingen en indicatiecommissies behoeven meer voorlichting over de betekenis van centrale begrippen in de Wet Bopz en ten aanzien van de 'herindicatie'. Het verdient aanbeveling om ook voor instellingen voor psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg een opnameplicht te overwegen.
4. *Verlof en ontslag.* De hanteerbaarheid van de wettelijke regeling voor verlof en ontslag dient nader te worden bezien. De behandelaars, de verpleegkundigen en het management dienen beter te worden voorgelicht over de regeling. Via de koepels dient de totstandkoming van een protocol te worden gestimuleerd.
5. *Interne rechtspositieregeling.* Het ministerie van VWS en de IGZ dienen actiever toezicht te houden op naleving van de interne rechtspositieregeling. Het onderscheid tussen dwangbehandeling en de toepassing van middelen en maatregelen wordt als onduidelijk ervaren en leidt tot incorrecte naleving van de meldingsplichten. De terminologie in de Wet Bopz sluit niet aan bij de praktijk van de psychogeriatric en de verstandelijke gehandicaptenzorg. De administratieve lasten die voortvloeien uit de meldingsplichten moeten worden verlicht.
6. *Klachtrecht.* De klachtenregeling is nog niet in alle instellingen in overeenstemming met de Wet Bopz. Betere voorlichting over het klachtrecht aan patiënten is noodzakelijk. De instelling van patiëntenvertrouwenspersoon voor de psychogeriatric en de verstandelijke gehandicaptenzorg moet worden overwogen.
7. *Verkommerden en verloederden.* Verder onderzoek naar de problematiek van verkommerden en verloederden is gewenst. De introductie van een voorwaardelijke machtiging of de mogelijkheid tot zelfbinding zijn mogelijk een zinvolle aanvulling voor de (ambulante) behandeling van deze groep.

8. *Evaluatie*. Het automatiseringssysteem dat de Wet Bopz ondersteunt, Bopzis, dient zodanig te worden aangepast dat het in een volgende periode daadwerkelijk kan dienen als instrument voor geautomatiseerde gegevensverzameling. Bij de volgende evaluatie dient een selectieve en gedifferentieerde aanpak te worden gekozen.

1.2.2 Opgvolging aanbevelingen

Naar aanleiding van de aanbevelingen van de evaluatiecommissie zijn door het kabinet verschillende initiatieven ondernomen. Uit de aanbevelingen bleek dat er op verschillende terreinen een grote behoefte bestond aan meer voorlichting over de Wet Bopz. Het kabinet heeft in november 1998 een 'Voorlichtingsplan Wet Bopz' gepresenteerd om de voorlichting op verschillende onderdelen van de wet en voor verschillende doelgroepen te intensiveren. Daarnaast heeft het kabinet een aantal onderzoeken laten verrichten naar verschillende cruciale thema's in de Wet Bopz. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (1997) heeft in het rapport *Beter (z)onder dwang?* een integrale beleidsvisie geschetst over dwang en drang in de gezondheidszorg. In het kader van het NWO-programma 'Ethiek en beleid' werd een aantal onderzoeken gestimuleerd naar de mogelijkheid om in de Wet Bopz zelfbinding en ambulante dwangbehandeling mogelijk te maken. De Gezondheidsraad werd in augustus 1997 verzocht advies uit te brengen over de vraag of de zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten wordt belemmerd door de criteria in de Wet Bopz. Aan het Trimbos-instituut werd medio 1998 een aantal onderzoeksopdrachten toegekend die voortvloeiden uit de eerste evaluatie van de Wet Bopz. De IGZ heeft een aantal onderzoeken uitgevoerd naar het functioneren van bepaalde onderdelen van de Wet Bopz en naar onderwerpen die samenhangen met de Wet Bopz in de psychogeriatrische zorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Ten slotte heeft de regering naar aanleiding van de aanbevelingen van de evaluatiecommissie een aantal wetswijzigingen ingediend bij de Tweede Kamer. In mei 1999 werd een wetsvoorstel ingediend met een wijziging in het klachtrecht en een aantal technische aanpassingen.⁶ Dit wetsvoorstel is door het parlement aanvaard en op 1 februari 2002 in werking getreden. In september 2000 werd het wetsvoorstel met een regeling voor een voorwaardelijke machtiging bij de Tweede Kamer ingediend.⁷ Bij de behandeling in de Tweede Kamer is bij amendement een regeling voor een observatiemachtiging aan dit wetsvoorstel toegevoegd. De voorwaardelijke machtiging is per 1 januari 2004 en de observatiemachtiging per 1 januari 2006 in werking getreden. De werking van de observatiemachtiging zal voor 1 januari 2008 worden geëvalueerd door het Trimbos-instituut. Naar aanleiding van de uitkomsten van deze evaluatie zal besloten worden of de observatiemachtiging zal komen te vervallen of onderdeel van de Wet Bopz blijft uitmaken.

6 Kamerstukken II, vergaderjaar 1998-1999, 26 527.

7 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289.

1.3 Tweede evaluatie

Bij brief van april 2002 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mede namens de minister van Justitie, het rapport Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen aan het parlement aangeboden. De tweede evaluatie van de Wet Bopz is uitgevoerd door Zorgonderzoek Nederland (ZonMw). Door ZonMw is een onafhankelijke commissie van deskundigen ingesteld die op basis van de uitkomsten van het evaluatieonderzoek aanbevelingen heeft gedaan. Deze onafhankelijke commissie heeft gefungeerd als begeleidingscommissie voor het onderzoek door ZonMw. De ministers van VWS en van Justitie waren door middel van een waarnemer in deze begeleidingscommissie vertegenwoordigd.

In de tweede evaluatie diende de vraag te worden beantwoord in hoeverre het implementatieproces ten opzichte van de eerste evaluatie is voortgeschreden en tot welke resultaten dit heeft geleid. Daarnaast werd gestreefd naar een vergelijking van de resultaten van de eerste en de tweede evaluatie. Niet alle deelonderwerpen uit de eerste evaluatie zijn opnieuw geëvalueerd. Bij de tweede evaluatie is antwoord gezocht op de volgende algemene vragen:

1. Is de wet voldoende bekend bij alle belanghebbenden?
2. In hoeverre is de uitvoeringspraktijk conform de wet?
3. Doen zich in de uitvoeringspraktijk (structurele) knelpunten of problemen voor?
4. Hebben de door het kabinet aangekondigde (beleids)maatregelen effect gesorteerd?
5. Is de wet adequaat voor de sectoren die ze bestrijkt en biedt zij in deze sectoren de rechtsbescherming die met de wet is beoogd?
6. Is in de Wet Bopz een juiste balans aangebracht tussen zelfbeschikking en dwang?

Naast deze algemene vragen zijn er door ZonMw deelonderzoeken uitgevoerd naar specifieke thema's met betrekking tot de Wet Bopz.

1.3.1 Bevindingen en aanbevelingen

De algemene conclusie van de begeleidingscommissie van de tweede evaluatie is dat de wijze waarop in praktijk met de bepalingen van de Wet Bopz wordt omgegaan niet altijd optimaal is, gelet op de doelstellingen en de inhoud van de wet. De bekendheid van de Wet Bopz en de mate waarin de wet in de praktijk wordt nageleefd, is toegenomen. Tegelijkertijd constateert de commissie dat er een aantal sectoren en onderwerpen zijn waar de wet nog niet goed uit de verf komt. Aangezien de wet op dat moment al acht jaar in werking is en de eerste evaluatie vijf jaar daarvoor al heeft plaatsgevonden, kan de geconstateerde discrepantie volgens de commissie niet meer als een kinderziekte worden afgedaan.

Bekendheid van de wet

Ten aanzien van de bekendheid van de wet concludeert de commissie dat er een continue inspanning noodzakelijk blijft om patiënten en hulpverleners voldoende voor te lichten. De bekendheid met de wet is verbeterd en op een aantal terreinen is de kennis van de wet behoorlijk tot zeer behoorlijk. Maar er zijn ook duidelijke lacunes, vooral bij meer specifieke onderdelen van de wet. De commissie acht het voor het goed functioneren van de wet noodzakelijk dat patiënten en hulpverleners goed zijn voorgelicht.

Uitvoeringspraktijk

De begeleidingscommissie heeft de stellige indruk dat de aansluiting tussen wet en praktijk op een aantal punten beter is dan ten tijde van de eerste evaluatie. Het algemene beeld is echter nog niet gunstig te noemen. In de psychiatrie is de aansluiting behoorlijk, in de overige sectoren is de uitvoering van de wet nog problematisch. In de Kinder- en Jeugdpsychiatrie valt een aanzienlijke discrepantie tussen wet en praktijk te constateren, in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg is deze discrepantie nog groter.

Knelpunten in de praktijk

De commissie beschouwt de operationalisering en de praktische toepassing van cruciale begrippen uit de Wet Bopz als een structureel knelpunt. Het betreft het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen en de begrippen verzet en wils(on)bekwaamheid. Daarnaast acht de commissie de Wet Bopz niet effectief voor de patiënten in de 'geen bereidheid-geen bezwaar'-groep (gbgb-groep), die zich met name bevinden in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg.

Effecten maatregelen eerste evaluatie

Bij de beoordeling van de effecten van de maatregelen die naar aanleiding van de eerste evaluatie zijn aangekondigd en uitgevoerd, constateert de commissie een wisselend beeld. Hoewel lang niet alle in het kabinetsstandpunt van 1997 aangekondigde maatregelen daadwerkelijk zijn gerealiseerd, is er wel het nodige in gang gezet. De commissie noemt hier als voorbeelden het Voorlichtingsplan Bopz, de ontwikkeling van de Bopz-richtlijn voor de Kinder- en Jeugdpsychiatrie en de verbeteringen bij de IGZ ten aanzien van de meldingen dwangbehandeling en middelen en maatregelen. Van een aantal maatregelen kon in het kader van de tweede evaluatie het effect nog niet worden vastgesteld.

Geschiktheid van de wet voor de verschillende sectoren

De begeleidingscommissie twijfelt zeer aan de effectiviteit van de Wet Bopz voor patiënten uit de categorie 'gbgb'. Deze groep van patiënten bevindt zich met name in de sectoren psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg. De rechtsbescherming die de Wet Bopz deze groep beoogt te bieden, wordt niet of slechts in

zeer beperkte mate gerealiseerd. De commissie verwacht niet dat de Wet Bopz zodanig kan worden aangepast dat de discrepantie tussen wet en praktijk kan worden opgelost. Heroverweging van de toepasselijkheid van de wet voor de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg acht de commissie wenselijk.

Balans tussen zelfbeschikking en dwang

De begeleidingscommissie heeft op grond van de uitkomsten van de deelonderzoeken niet de indruk dat er onderdelen van de wet zijn waar een verkeerde balans bestaat tussen zelfbeschikking en dwang. Tussen beide invalshoeken bestaat een spanning die inherent is aan de doelstellingen en de systematiek van een wet als de Wet Bopz. De commissie signaleert dat vrijwel alle betrokkenen het juist van belang achten om de dilemma's rond dwangtoepassing 'op spanning te houden'.

Aanbevelingen

Op basis van de antwoorden op de algemene vragen en de resultaten van de deelonderzoeken heeft de begeleidingscommissie van de tweede evaluatie in totaal 35 aanbevelingen gedaan.

De belangrijkste aanbevelingen van de commissie betroffen de volgende onderwerpen:

1. *Richtlijnen.* Uit een van de deelonderzoeken blijkt dat hulpverleners nog steeds moeite hebben met de criteria voor dwangbehandeling. De begeleidingscommissie stelt voor dat de betrokken organisaties richtlijnen ontwikkelen waarin wordt ingegaan op belangrijke aandachtspunten rond de criteria voor en de toepassing van dwangbehandeling. Ten aanzien van verzet bestaat in de praktijk eveneens veel onduidelijkheid. De brancheorganisaties, beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen worden opgeroepen een richtlijn te ontwikkelen voor de toepassing van verzet.
2. *Bevorderen betere naleving.* De begeleidingscommissie constateert dat op een aantal specifieke onderdelen de naleving van de Wet Bopz nog onvoldoende is.
 - *Verlof en ontslag.* Bij verlof en ontslag behoren de instellingen de registratieplichten beter na te leven en de patiënten een schriftelijke verklaring te verstrekken. De inspectie behoort hier gericht op toe te zien.
 - *Huisregels.* Instellingen dienen een duidelijker onderscheid te maken tussen algemene huisregels en individuele vrijheidsbeperkende maatregelen. De overheid, de IGZ en brancheorganisaties behoren er in een gezamenlijke inspanning naar te streven dat er een einde komt aan het bestaan van oneigenlijke huisregels. Het toezicht van de IGZ op de naleving van de interne rechtspositieregeling en de inhoud van beleidsdocumenten van instellingen moet worden geïntensiveerd.
 - *Kinder- en Jeugdpsychiatrie.* De begeleidingscommissie constateert een aanzienlijke kloof tussen de tekst en de bedoeling van de Wet Bopz en de uitvoering en toepassing van de wet in de praktijk. De overheid dient de

onhelderheid over de verhouding tussen de Wet Bopz, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) en de regelgeving inzake de ondertoezichtstelling weg te nemen. Daarnaast dient de overheid duidelijkheid te verschaffen over de aanvaardbaarheid van negatieve sancties met een strafkarakter in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. De rechtspositie van kinderen jonger dan 12 jaar die niet onder de Wet Bopz vallen, roept in de praktijk vragen op. Overheid en brancheorganisaties dienen te stimuleren dat onder de vlag van de Wgbo een duidelijke richtlijn tot stand komt.

- *Registratieverplichtingen.* Uit een aantal deelonderzoeken bleek dat instellingen en hulpverleners moeite hadden met de veelheid aan administratieve handelingen en melding- of registratieverplichtingen van de Wet Bopz. De overheid behoort na te laten gaan of de melding- en registratieplichten effectief en zinvol zijn en tevens of het nodig is dergelijke plichten op aanpalende terreinen te introduceren.
 - *Toezicht IGZ.* De begeleidingscommissie constateert dat er onduidelijkheid bestaat in het veld over de rol van de IGZ (algemene kwaliteitsbewaking versus individuele rechtsbescherming). De IGZ moet er actief naar streven om de onduidelijkheid over het inspectiebeleid inzake het uitoefenen van toezicht en het reageren op meldingen, weg te nemen. De overheid behoort te garanderen dat de IGZ over voldoende middelen, mogelijkheden en deskundigheden beschikt om de specifieke toezichthoudende taken op grond van de Wet Bopz goed te kunnen verrichten.
3. *Voorlichting.* De begeleidingscommissie doet verschillende aanbevelingen om de voorlichting over de Wet Bopz te intensiveren. De overheid moet haar coördinerende rol versterken door in overleg met de betrokken organisaties een systeem van permanente educatie te realiseren, gericht op patiënten en de groepen die de wet moeten uitvoeren. Dit geldt ook voor specifieke onderwerpen zoals: de verhouding tussen de verschillende machtigingen en de hulpverleners, het klachtrecht, de rechtspositie bij verlof en ontslag, de rechtspositie in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie, de reikwijdte en toepasselijkheid van de wettelijke regeling van de forensische psychiatrie.
 4. *Gbg, psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg.* De begeleidingscommissie komt tot de conclusie dat de Wet Bopz overwegend ongeschikt is voor toepassing in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. Deze twee sectoren kennen overwegend patiënten uit de gbg-groep als populatie. De overheid behoort de toepasselijkheid van de Wet Bopz te beperken tot patiënten die bezwaar maken tegen de opname en het verblijf. Voor patiënten uit de gbg-groep behoort een andere rechtspositieregeling te worden ontwikkeld, met inachtneming van een aantal voorwaarden.
 5. *Derde evaluatie.* De begeleidingscommissie stelt voor om in de derde evaluatie de effecten van de (beleids)maatregelen die naar aanleiding van de tweede evaluatie zijn getroffen, te evalueren. In de visie van de begeleidingscommissie dienen de maatregelen uiterlijk eind 2004 te zijn gerealiseerd, teneinde in 2006

een goede evaluatie mogelijk te maken. De derde evaluatie zou moeten bestaan uit een thematische en gerichte aanpak, waarbij in ieder geval het thema etniciteit aan de orde zou moeten komen. De commissie zou bij de derde evaluatie actief betrokken moeten worden bij het vaststellen van het onderzoeksprogramma.

1.3.2 Opgvolging aanbevelingen

Kabinetsstandpunt

Naar aanleiding van het rapport van de begeleidingscommissie van de tweede evaluatie van de Wet Bopz heeft het kabinet een standpunt bepaald over de Wet Bopz. Het kabinetsstandpunt bevatte tevens een reactie op het rapport *Dementerenden en de Wet Bopz* van de Algemene Rekenkamer van juni 2003 over de werkbaarheid van de Wet Bopz in de praktijk van de psychogeriatric⁸ en het advies van de Gezondheidsraad (2004) getiteld *Noodgedwongen, Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten*.

De algemene conclusie van de begeleidingscommissie dat er bij een aantal direct betrokkenen onvrede heerst over de toepassing van de Wet Bopz in de sector psychiatrie, wordt door het kabinet onderschreven. In de optiek van het kabinet biedt de huidige wet meer ruimte dan in de praktijk wordt benut. De aanbevelingen om richtlijnen te ontwikkelen (gevaarscriterium en dwangbehandeling) en de voorlichting te intensiveren, zijn door het kabinet overgenomen. Daarnaast deelt het kabinet de conclusie dat de wet op een aantal punten tekortschiet en acht het wenselijk om de mogelijkheden voor dwangbehandeling binnen de instelling te verruimen. Het kabinet heeft de verruiming van dwangbehandeling uitgewerkt in het wetsvoorstel dat op 17 maart 2006 aan de Tweede Kamer is aangeboden en op 15 februari 2007 door de Tweede Kamer is aanvaard.⁹

De belangrijkste aanbeveling van de begeleidingscommissie voor de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg neemt het kabinet ook over. Aangezien in deze sectoren de nadruk minder ligt op behandeling en meer op verpleging, verzorging, begeleiding en bescherming, sluit de Wet Bopz niet goed aan bij de praktijk van deze sectoren. Het kabinet zegt toe een nieuwe regeling voor deze sectoren te ontwerpen die beter aansluit bij de praktijk en mede daardoor meer rechtsbescherming biedt voor deze kwetsbare groepen. Het merendeel van de aan de overheid gerichte aanbevelingen van de begeleidingscommissie is door het kabinet overgenomen. Ten aanzien van de aanbevelingen die zijn gericht aan andere direct betrokkenen, heeft het kabinet het voornemen om de naleving van de wet waar mogelijk te stimuleren.

8 Kamerstukken II, vergaderjaar 2002-2003, 28 950, nr. 2.

9 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 492.

Bevindingen derde evaluatiecommissie met betrekking tot het kabinetsstandpunt tweede evaluatie

De derde evaluatiecommissie constateert dat de in het kabinetsstandpunt aangekondigde (beleids)maatregelen tot de volgende resultaten hebben geleid:

1. *Richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) met betrekking tot gedwongen opname.* De NVvP ontwikkelt een richtlijn voor dwangopname naar aanleiding van de aanbeveling van de begeleidingscommissie. In september 2006 is verslag gedaan door een commissie van de NVvP van het onderzoek naar de ontwikkeling van een richtlijn dwangopname.¹⁰ Volgens informatie van de NVvP zal de richtlijn eind 2007 gereed zijn.
2. *Nieuw wettelijk kader psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg.* De staatssecretaris van VWS heeft in de brief van 16 juni 2005 aan de Tweede Kamer de contouren geschetst van een wetswijziging met betrekking tot de vrijheidsbeperking en vrijheidsbeneming bij mensen met dementie of een verstandelijke handicap.¹¹ Gelet op de specifieke aard van deze twee sectoren in vergelijking met de psychiatrie en de toenemende extramuralisering binnen deze sectoren, stelt de minister een nieuwe regeling voor. Hierin komt de cliënt centraal te staan en speelt de locatie waar de cliënt in zijn vrijheid beperkt kan worden een minder prominente rol in de Wet Bopz dan nu het geval is. Blijkens de brief van de minister van VWS van 21 november 2006 wordt er naar gestreefd om begin 2007 advies aan de Raad van State te vragen over het wetsvoorstel waarin een nieuw kader voor de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg is neergelegd.¹²
3. *Voorlichting.* De voorlichting door de overheid is geïntensiveerd. Er zijn door het ministerie van VWS enkele nieuwe brochures ontwikkeld, die in grote aantallen onder patiënten en instellingen zijn verspreid. In de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg is voorlichtingsmateriaal ontwikkeld over het begrip 'verzet'. Voor de hulpverleners is een DVD ontwikkeld waar aan de hand van situaties uit het dagelijkse leven en de zorgpraktijk het begrip 'verzet' wordt geïllustreerd.
4. *Bopzis.* De in de vorige evaluatie gesignaleerde problemen lijken zich nog steeds voor te doen. Gezien de verschillende systemen die worden gebruikt en het ontbreken van adequate mogelijkheden tot gegevensuitwisseling worden gegevens nog steeds dubbel ingevoerd. De meldingsplichten worden onvoldoende nageleefd, waardoor er forse achterstanden ontstaan bij het verwerken van de gegevens in de registratiesystemen. De mogelijkheden die de informatietechnologie biedt om de administratieve lasten die uit de Wet Bopz voortvloeien te reduceren, worden onvoldoende benut.

10 Schoevers, Stikker, Van de Ven-Dijkman, & Sikkens (2006).

11 Kamerstukken II, vergaderjaar 2004-2005, 28 950, nr. 5.

12 Kamerstukken II, vergaderjaar 2006-2007, 30 492, nr. 9.

5. *Wetgeving*. Na het verschijnen van het tweede evaluatierapport zijn voor de volgende onderwerpen wetswijzigingen door het parlement behandeld of in werking getreden:
- *Voorwaardelijke machtiging* (wet van 13 juli 2002, Stb. 431. Inwerkingtreding op 1 januari 2004). De voorwaardelijke machtiging maakt het mogelijk dat een persoon onder voorwaarden buiten de instelling kan worden behandeld. Indien de betrokkene de gestelde voorwaarden niet naleeft, kan er een gedwongen opneming plaatsvinden.
 - *Observatiemachtiging* (wet van 13 juli 2002, Stb. 431. Inwerkingtreding op 1 januari 2006). Met een observatiemachtiging kan een persoon gedurende een periode van maximaal drie weken gedwongen worden opgenomen. Gedurende die opneming kan worden onderzocht of er sprake is van een geestesstoornis en of deze gevaar voor hem of haar zelf oplevert.
 - *Klachtrecht* (wet van 17 november 2005, Stb. 617. Inwerkingtreding op 1 maart 2006). Dit wetsvoorstel introduceert de mogelijkheid tot cassatieberoep tegen een beslissing van de rechter inhoudende ongegrondverklaring van een klacht. Daarnaast wordt het klachtrecht op een aantal specifieke punten gewijzigd, zoals het bindende karakter van de uitspraak van de klachtencommissie, verschillende procedurele voorschriften en een schadevergoedingsregeling. De aanbeveling van de evaluatiecommissie om in de wet een verplichting op te nemen om de patiënt schriftelijk te informeren in geval van een klachtwaardige beslissing, is in dit voorstel overigens niet meegenomen. Ook de aanbeveling om zich nader te beraden over de beroepsmogelijkheid voor aangeklaagden in de artikel 41 procedure, heeft niet geleid tot wetswijziging.
 - *Zelfbinding* (wet van 20 november 2006, Stb. 680. Inwerkingtreding op een nader te bepalen datum). Met deze regeling wordt de figuur van de zelfbindingsmachtiging geïntroduceerd. Deze regeling houdt in dat een psychiatrische patiënt met een ziektebeeld waarin ‘goede’ periodes worden afgewisseld met ‘slechte’ periodes, kort voor of bij het intreden van een slechte periode gedwongen kan worden opgenomen en behandeld, terwijl er (nog geen) sprake is van gevaar in de zin van de Wet Bopz. Daarvoor is wel vereist dat de patiënt vóóraf in een goede periode welbewust met zijn behandelaar een zelfbindingsverklaring heeft opgesteld. Deze verklaring beschrijft onder welke omstandigheden de betrokkene wordt opgenomen en op welke wijze de behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis plaats zal vinden. De zelfbindingsverklaring kan pas worden vastgesteld nadat een onafhankelijke psychiater heeft beoordeeld dat de betrokkene in staat is om de inhoud en de gevolgen van de verklaring te overzien. Voordat de geneesheer-directeur tot daadwerkelijke gedwongen opneming kan overgaan, is een zelfbindingsmachtiging van de rechter vereist waarbij de rechter toetst of de in de zelfbindingsverklaring opgenomen omstandigheden zich daadwerkelijk voordoen. De rechter beslist zo spoedig mogelijk, in elk geval binnen vijf dagen.

- *Uitbreiding voorwaardelijke machtiging* (wetsvoorstel is op 15 februari 2007 aanvaard door de Tweede Kamer, zie Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 492). Deze aanpassing is voorgesteld naar aanleiding van de uitspraak van de Hoge Raad van 29 april 2005. De voorgestelde wetswijziging moet het mogelijk maken om een voorwaardelijke machtiging te verlenen voor personen die niet uitdrukkelijk kunnen of willen instemmen met de voorwaarden. Voldoende is dan dat de rechter van oordeel is dat redelijkerwijs is aan te nemen dat betrokkene zich aan de voorwaarden zal houden.
- *Verruiming dwangbehandeling* (wetsvoorstel is op 15 februari 2007 aanvaard door de Tweede Kamer, zie Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 492). Dit betreft de uitwerking van de toezegging in het kabinetsstandpunt om de mogelijkheden voor dwangbehandeling na opneming binnen de instelling te verruimen. Dwangbehandeling kan ook worden toegepast voor zover aanmerkelijk is dat zonder de gedwongen behandeling het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen.

Daarnaast is nog een aantal wetswijzigingen tot herstel van wetstechnische gebreken in werking getreden.

Niet nagekomen toezeggingen

De evaluatiecommissie constateert dat het kabinet ten aanzien van de volgende onderwerpen heeft toegezegd de aanbevelingen van de begeleidingscommissie over te nemen, maar dat de toezeggingen niet zijn nagekomen:

1. *Klachtrecht*:
 - In de wet een verplichting opnemen om in geval van een klachtwaardige beslissing de patiënt of de vertegenwoordiger daarover schriftelijk en gemotiveerd te informeren;
 - In de wet een verplichting opnemen om de patiënt te informeren over de mogelijkheid om een Bopz-klachtencommissie in te schakelen.
2. *Wet Bopz in de forensische psychiatrie*:
 - Wijziging van artikel 5l om de regeling beter leesbaar en herkenbaar te maken voor de forensisch psychiatrische praktijk;
 - De Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden zodanig wijzigen dat Bopz-patiënten onder voorwaarden in een justitiële TBS-instelling kunnen verblijven.
3. *Registratie en meldingsverplichtingen van de Wet Bopz*.
De melding- en registratieverplichtingen in de Wet Bopz opnieuw bezien om onnodige administratieve lasten bij de betrokken partijen te voorkomen.

Bij de plenaire behandeling in de Tweede Kamer van het wetsvoorstel ter verruiming van de dwangbehandeling en uitbreiding van de voorwaardelijke machtiging, heeft de minister van VWS een amendement van de leden Vendrik en Koser Kaya¹³ overgenomen dat voorziet in de door het kabinet toegezegde uitbreiding van het klachtrecht.¹⁴

Overweging

De derde evaluatiecommissie merkt op dat er ook na de tweede wetsevaluatie van de Wet Bopz geen rust is gekomen. Met het groeien van de complexiteit van de wet, groeide ook de jurisprudentie en het aantal suggesties voor verdere verbeteringen. De roep om een nieuwe wet ging steeds duidelijker klinken. Daarbij spelen maatschappelijke ontwikkelingen, en met name gewijzigde opvattingen een rol. Gedacht kan worden aan de 'ambulantisering' en 'vermaatschappelijking' van de psychiatrie, de snelle toename van de multipele problematiek (zoals een combinatie van psychiatrische stoornis, middelenmisbruik, sociale uitsluiting en overlast), de mogelijke afname van tolerantie voor deviant gedrag en de roep om optreden tegen overlast, het effectieve optreden van de patiënten- en familiebeweging, enzovoorts.

Daarnaast kan deze problematiek zich verheugen in een niet aflatende belangstelling van de volksvertegenwoordiging, waardoor soms onduidelijk is waar het initiatief tot verdergaande verbetering van de Wet Bopz ligt. Een voorbeeld hiervan is de wijze waarop de observatiemachtiging tot stand kwam. Andere majeure ingrepen in de Wet Bopz zijn eveneens problematisch gebleken, hetgeen leidde tot een moeizame ontstaansgeschiedenis (de zelfbindingsmachtiging) en/of parlementaire behandeling, kritiek uit 'het veld' (aanpassingen klachtregeling, verruiming dwangbehandeling), of praktische (voorwaardelijke machtiging) dan wel juridische problemen na invoering (observatiemachtiging/voorwaardelijke machtiging), waar in beide gevallen de Hoge Raad heeft ingegrepen. De vraag rijst dan ook hoeveel ruimte de Wet Bopz op de langere termijn nog biedt tot een geordend proces van wezenlijke verdere verbetering.

Conclusie

De evaluatiecommissie constateert dat niet alle toezeggingen door het kabinet zijn nagekomen of dat de uitwerking lang op zich heeft laten wachten. De evaluatiecommissie spreekt de wens uit dat het kabinet de aanbevelingen ditmaal met meer voortvarendheid ter hand zal nemen.

13 Kamerstukken II, vergaderjaar 2006-2007, 30 492, nr. 13.

14 Kamerstukken II, vergaderjaar 2006-2007, Handelingen nr. 36, pp. 2276-2315.

2. TAKEN EN WERKWIJZE EVALUATIECOMMISSIE

In dit hoofdstuk worden de opdracht en de werkwijze van de derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz beschreven.

2.1 Taken evaluatiecommissie

In de eerste en tweede evaluatie van de Wet Bopz lag de nadruk op het onderzoek naar de implementatie van de wet. Bij de derde evaluatie staat de vraag centraal of de Wet Bopz voldoet aan de hedendaagse eisen. Zoals ook in de toelichting op het instellingsbesluit is aangegeven, is deze vraag ook bij recente debatten in de Tweede Kamer, mede vanuit diverse praktijk- en belangenorganisaties, opgeworpen.

In het Instellingsbesluit evaluatiecommissie derde evaluatie Wet Bopz zijn de taken van de derde evaluatiecommissie geformuleerd.¹⁵ De hoofdvraag die de evaluatiecommissie dient te beantwoorden, luidt: *“Functioneert de Wet Bopz na de diverse aanpassingen en de verbeterde voorlichting op adequate wijze en welke wijzigingen zijn eventueel noodzakelijk?”* De uitkomsten van de voorgaande twee evaluaties moeten daarbij als een gegeven worden beschouwd, evenals de inspanningen om de wet te verbeteren en beter te laten benutten.

Naast de hoofdvraag zijn in het instellingsbesluit drie aandachtspunten geformuleerd waaraan speciale aandacht moet worden besteed, te weten:

- de internationale context;
- de positie van patiënten met een andere etnische achtergrond;
- de voorwaardelijke machtiging.

Deze drie onderwerpen betreffen toezeggingen van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. Bij de internationale context zal aandacht moeten worden besteed aan best practices in het buitenland op bijvoorbeeld het terrein van juridische vormgeving en de psychiatrische behandeling. Met het onderzoek naar de positie van patiënten met een andere etnische achtergrond wordt gevolg gegeven aan de aanbeveling van de begeleidingscommissie van de tweede evaluatie van de Wet Bopz. De voorwaardelijke machtiging maakt het mogelijk dat een persoon die voldoet aan de criteria voor een gedwongen opname onder voorwaarden buiten de instelling kan verblijven. Indien de voorwaarden niet worden nageleefd, kan gedwongen opname plaatsvinden. De voorwaardelijke machtiging is per 1 januari 2004 in werking getreden en zal daardoor nu voor de eerste keer onderwerp van evaluatie zijn.

15

Besluit van de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Justitie van 13 december 2005, Stcrt. 247.

2.1.1 Psychiatrie hoofdaccent

Het hoofdaccent van de derde evaluatie ligt bij de sector psychiatrie. Bij de tweede evaluatie is geconstateerd dat de Wet Bopz niet voldoende is toegesneden op de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. Naar aanleiding van de aanbevelingen bij de tweede evaluatie heeft het kabinet aangekondigd een aparte regeling voor de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg te ontwerpen. De staatssecretaris van VWS heeft bij brief van 16 juni 2005 de Tweede Kamer geïnformeerd over de contouren van deze nieuwe wettelijke regeling.¹⁶ Blijkens de brief van de minister van VWS van 21 november 2006 wordt ernaar gestreefd om begin 2007 advies aan de Raad van State te vragen over het wetsvoorstel waarin een nieuw kader voor de genoemde sectoren is neergelegd.¹⁷ De sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg zijn daarom bij de derde evaluatie buiten beschouwing gelaten.

2.1.2 Geen evaluatie observatiemachtiging

Per 1 januari 2006 is de observatiemachtiging in werking getreden. De regeling voor de observatiemachtiging voorziet in een zelfstandige verplichting tot evaluatie en is daarom niet betrokken bij de derde evaluatie. Het Trimbos-instituut zal eind 2007 een evaluatierapport met betrekking tot de observatiemachtiging aan de minister van VWS aanbieden.

2.1.3 Opzet onderzoek

Gelet op de hoofdvraag die beantwoord moet worden is gekozen voor een andere aard en opzet van het onderzoek dan bij de voorgaande evaluaties, het onderzoek is gericht en minder uitgebreid.

De zeven onderzoeken ten behoeve van de derde evaluatie van de Wet Bopz zijn uitgevoerd door een onderzoeksconsortium bestaande uit Prismant, de Vrije Universiteit Amsterdam (VU medisch centrum/EMGO en juridische faculteit) en de Universiteit Maastricht (Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Onderzoeksinstituut Caphri). Het is de taak van de evaluatiecommissie om als begeleidingscommissie te fungeren voor het onderzoeksconsortium.¹⁸

16 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 28 950, nr. 5.

17 Kamerstukken II, vergaderjaar 2006-2007, 30 492, nr. 9.

18 Zie de brief van de minister van VWS van 19 december 2005, Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 29 363 en 25 763, nr. 12.

Na goedkeuring door de evaluatiecommissie heeft Prismant een onderzoeksprogramma met de volgende zeven deelonderzoeken uitgevoerd:

1. *Dwang en drang buiten de instelling (Deel 2).*

Het onderzoek naar dwang en drang buiten de instelling omvat een evaluatie van de voorwaardelijke machtiging die per 1 januari 2004 in werking is getreden. Daarnaast komen de mogelijkheden voor dwang en drang buiten de kaders van de Wet Bopz aan de orde en wordt gezocht naar een oplossingsrichting voor de gesignaleerde knelpunten.

2. *Dwangtoepassing binnen de instelling (Deel 3).*

Het onderzoek naar dwangtoepassing binnen de instelling is zowel kwalitatief als kwantitatief van aard. De mogelijkheden voor dwangtoepassing na de wijzigingen van de Wet Bopz en praktijkverbeterprojecten worden geëvalueerd. Aan de hand van drie uiteenlopende studies, respectievelijk een kwantitatief onderzoek, een analyse van rechtspraak en een kwalitatief onderzoek, is het functioneren van de Wet Bopz binnen psychiatrische instellingen in kaart gebracht.

3. *Grensgebieden van de Wet Bopz (Deel 4).*

In het onderzoek naar de grensgebieden van de Wet Bopz wordt onderzocht in hoeverre specifieke patiëntgroepen (verslaafden, zorgmijders, forensisch psychiatrische patiënten en kinderen en jeugdigen) binnen de kaders van de Wet Bopz geholpen kunnen worden en komt de aansluiting tussen de GGZ en justitie aan de orde. Naast deze hoofdthema's wordt kort aandacht besteed aan de vraag of er een verband bestaat tussen etnische achtergrond en het vóórkomen van psychiatrische problematiek. Ook worden de verschillende wensen geïntervieweerd die leven onder betrokkenen bij de strafrechtspraak, gevangeniswezen en de forensische geestelijke gezondheidszorg op het gebied van wetsvernieuwingen en wetsaanpassingen. Dit rapport bevat ten slotte een bijlage met kwantitatieve informatie over het grensvlak tussen justitie en de geestelijke gezondheidszorg.

4. *De Algemene wet bestuursrecht en de Wet Bopz (Deel 5).*

In deze evaluatie wordt aandacht besteed aan de verhouding tussen de Algemene wet bestuursrecht (Awb) en de Wet Bopz. De Algemene wet bestuursrecht voorziet in algemene regels voor het handelen van bestuursorganen. De Wet Bopz regelt de toepassing van dwang bij psychiatrische patiënten en moet worden beschouwd als een bijzondere bestuursrechtelijke wet. Dit brengt met zich mee dat bij de uitvoering van de Wet Bopz ook de regels van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing zijn.

5. *Toepassing van de Wet Bopz bij allochtone cliënten (Deel 6).*

Dit onderzoek heeft als doel om inzicht te verkrijgen in de knelpunten bij de gedwongen opname en behandeling van patiënten met een andere etnische achtergrond. Dit onderzoek richt zich op mogelijke knelpunten in de Wet Bopz bij allochtone patiënten. Het onderzoek is verkennend en kwalitatief van aard. Centraal staat de vraag of bij allochtone patiënten specifieke problemen optreden betreffende de Wet Bopz in het algemeen en de toepassing van dwang in het bijzonder. Deze vraag wordt beantwoord door ervaringen van hulpverleners, cliënten en familieleden in kaart te brengen.

6. *Internationale ontwikkelingen (Deel 7).*

Het onderzoek naar de internationale ontwikkelingen verschaft inzicht in de wettelijke systemen voor gedwongen opname en behandeling in andere landen en een overzicht van de internationale kaders. Aan de hand van rechtsvergelijkend onderzoek worden suggesties gedaan voor verbetering van de Nederlandse wetgeving en uitvoeringspraktijk. In het onderzoek 'Internationale ontwikkelingen' zijn niet alleen internationale documenten en verdragen geanalyseerd, maar ook de met de Wet Bopz vergelijkbare regelingen uit de volgende landen: Australië, Canada, Duitsland, Finland, Nieuw-Zeeland, Noorwegen, Oostenrijk en Schotland.

7. *Ervaringen met en meningen over de Wet Bopz (Deel 8).*

In dit onderzoek worden de ervaringen en meningen geïnventariseerd van alle partijen die bij de uitvoering van Wet Bopz betrokken zijn. Aan de verschillende actoren is de vraag voorgelegd of de Wet Bopz na alle recente en voorgenomen wijzigingen adequaat functioneert en welke aanbevelingen kunnen worden gedaan om de wet aan de hedendaagse eisen te laten voldoen.

De onderzoeken waren al voor de instelling van de evaluatiecommissie uitbesteed aan het onderzoeksconsortium onder leiding van Prismant. De evaluatiecommissie heeft daardoor niet zelf de onderzoeksvragen voor de derde evaluatie kunnen formuleren. Zij heeft alleen nog aanvullende vragen op de al bestaande onderzoeksoptzettingen kunnen formuleren. De evaluatiecommissie acht het wenselijk om voortaan de evaluatiecommissie de onderzoeksvragen te laten formuleren en het onderzoek pas aan te besteden, nadat de evaluatiecommissie is ingesteld.

Op deze wijze kan de evaluatiecommissie een volwaardige invulling geven aan haar functie van begeleidingscommissie voor de onderzoeken, hetgeen de kwaliteit van de onderzoeken en het eindrapport ten goede zal komen. Daarnaast verdient het aanbeveling om de evaluatiecommissie verantwoordelijkheid te geven voor de planning van de werkzaamheden van de onderzoekers en de evaluatiecommissie. Het voor de derde evaluatie gekozen tijdsplan was naar het oordeel van de evaluatiecommissie erg krap om tot een gedegen beoordeling van de onderzoeksresultaten en conclusies te komen. Aangezien de evaluatiecommissie geen

concessies heeft willen doen aan de kwaliteit van de onderzoeken én het evaluatierapport, heeft de voorzitter van de evaluatiecommissie in zijn brief van 8 februari 2007 aan de minister van VWS en de minister van Justitie om enig uitstel verzocht voor de aanbidding van het evaluatierapport.

2.2 Werkwijze evaluatiecommissie

2.2.1 Eigen thema's evaluatiecommissie

De evaluatiecommissie heeft in het verlengde van het onderzoeksprogramma eigen thema's geformuleerd. De evaluatiecommissie heeft deze thema's bij haar werkzaamheden betrokken om de discussie in de commissie te stroomlijnen. Gedurende dit proces bleek dat een aantal thema's nadere aandacht van de evaluatiecommissie vergde, hetzij omdat zij door gesprekspartners van de evaluatiecommissie aan de orde werden gesteld, hetzij omdat het alsnog door de evaluatiecommissie als aandachtspunt werd gekwalificeerd.

De evaluatiecommissie heeft verschillende partijen gehoord die betrokken zijn bij de uitvoering van de Wet Bopz. Zij heeft gesproken met vertegenwoordigers van of personen werkzaam bij de volgende partijen:

- College van procureurs-generaal;
- De Bascule, academisch centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie te Amsterdam;
- De Fjord, centrum voor orthopsychiatrie & forensische jeugdpsychiatrie te Capelle aan den IJssel;
- Directoraat Generaal Preventie, Jeugd en Sancties van het ministerie van Justitie;
- Forensisch Psychiatrische Dienst te Rotterdam;
- Parket bij de Hoge Raad der Nederlanden;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg

Tot slot heeft de commissie relevante literatuur, kamerstukken, jurisprudentie en de ingekomen stukken van betrokken actoren bestudeerd.

2.2.2 Verwerking onderzoeksresultaten

In hoofdstuk 3 worden de bevindingen, conclusies en aanbevelingen van de evaluatiecommissie over het functioneren van de huidige Wet Bopz op basis van de onderzoeksresultaten van zowel het onderzoeksconsortium als haar eigen bevindingen geformuleerd. Bij de opzet van hoofdstuk 3 is aansluiting gezocht bij de huidige structuur van de Wet Bopz en is een onderverdeling gemaakt naar de externe en interne rechtspositie. Dit betekent dat de volgorde noch de inhoudelijke indeling van de deelonderzoeken van het onderzoeksconsortium is aangehouden bij de indeling van hoofdstuk 3.

Evenmin is de selectie van de onderwerpen van de evaluatiecommissie hiervoor maatgevend geweest.

Er wordt in hoofdstuk 3 overigens in beperkte mate gerefereerd aan de conclusies en aanbevelingen in de deelonderzoeken. Gezien de omvang, de variëteit en onderbouwing van de daarin vervatte conclusies en aanbevelingen, adviseert de evaluatiecommissie dat de geïnteresseerden daar zelf kennis van nemen door het lezen van de onderzoeksresultaten (zie deel 2 tot en met 8).

In hoofdstuk 4 worden de contouren van een nieuwe wettelijke regeling geschetst op basis van een aantal uitgangspunten dat mede is geïnspireerd op de conclusies en aanbevelingen van de deelonderzoeken. Omwille van de leesbaarheid en bruikbaarheid van het evaluatierapport zijn ook in dit hoofdstuk niet alle conclusies en aanbevelingen uit de deelonderzoeken herhaald of van commentaar voorzien door de evaluatiecommissie.

3. BEVINDINGEN OVER HET FUNCTIONEREN VAN DE WET BOPZ

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat de bevindingen van de evaluatiecommissie over de centrale onderzoeksvraag of de Wet Bopz na alle aanpassingen en de verbeterde voorlichting adequaat functioneert en welke wijzigingen eventueel noodzakelijk zijn. Methodologisch doet zich hierbij het probleem voor dat het 'adequaat functioneren' van de wet moet worden beoordeeld aan de hand van – door de tijd heen – gewijzigde opvattingen over en doelstellingen van de wet en er geen sprake is van een vast ijkpunt of andere vorm van nulmeting. Voorts dient hierbij voor ogen te worden gehouden dat het oordeel of de wet 'adequaat' functioneert nauw samenhangt met het perspectief van waaruit men naar de wet kijkt. In de derde plaats weerspiegelen de opvattingen over 'noodzakelijke wetwijzigingen' veelal impliciete visies over de rol van wetgeving in onze samenleving en de invloed hiervan op het gedrag en de intermenselijke relaties. De evaluatiecommissie is zich ervan bewust dat deze omstandigheden met zich meebrengen dat de duiding en waardering van haar bevindingen, en de daaraan verbonden conclusies en aanbevelingen, om een deugdelijke motivering vragen.

Zoals al in hoofdstuk 1 is beschreven, bevat de Wet Bopz vanouds regels over de externe rechtspositie en de interne rechtspositie. De externe rechtspositie wordt bepaald door de criteria voor de gedwongen opneming, de procedures voor opneming, verlof en ontslag en de schadevergoedingsregelingen. De interne rechtspositie van de gedwongen opgenomen patiënt wordt bepaald door de regels over het behandelingsplan, de dwangbehandeling, de toepassing van middelen en maatregelen en het klachtrecht inclusief het beroep op de rechter. De wet is op onderdelen in de loop der tijd veranderd. De ingevoerde wijzigingen zijn soms procedureel, maar veelal materieel van aard geweest. In aanvulling hierop zijn aan de Wet Bopz nieuwe opname- en behandelingsmodaliteiten toegevoegd. Nieuwe veranderingen staan op stapel. De nieuwe rechtspositionele varianten laten zich niet altijd helder indelen als opname- of behandelingsmaatregel en staan daarmee enigszins op gespannen voet met de oorspronkelijke, aan de Wet Bopz ten grondslag liggende gedachte, te weten dat een opneming vooraf dient te gaan aan een gedwongen behandeling. Niettemin ligt in de wet nog altijd het accent op het onderscheid tussen de externe en de interne rechtspositie en, daarmee samenhangend, blijft voorop staan dat, behoudens enkele uitzonderingen, vrijheidsbeperkende maatregelen minder ingrijpend zijn, althans in de tijd vooraf dienen te gaan aan gedwongen behandelingen.

Vanwege dit voor de huidige Wet Bopz zo kenmerkende onderscheid tussen de externe en de interne rechtspositie heeft de evaluatiecommissie dit onderscheid ook gehanteerd bij haar beoordeling over het functioneren van de wet, althans de wijze waarop de wet in de praktijk wordt toegepast. Daarbij heeft ze een verschil gemaakt tussen de wettelijke regeling en de uitvoeringspraktijk. Wat betreft de aanbevelingen

heeft de evaluatiecommissie waar mogelijk een onderscheid gemaakt tussen aanbevelingen die louter effect sorteren binnen het bestaande stelsel en aanbevelingen die het stelsel als zodanig raken. De in het instellingsbesluit van de evaluatiecommissie geformuleerde vraag naar het functioneren van de Wet Bopz is immers tweeledig: de vraag naar het functioneren van het bestaande stelsel herbergt ook de vraag in zich of een stelselherziening nodig is.

Alvorens hier nader op in te gaan, hecht de evaluatiecommissie eraan om in algemene zin enkele opmerkingen te maken. Hieraan wordt een aantal algemene conclusies verbonden. Het algemene beeld dat de evaluatiecommissie heeft van het functioneren van de wet, bepaalt mede het perspectief waarin de specifieke opmerkingen moeten worden gezien. Dit algemene gedeelte betreft achtereenvolgens de rol van de wetgever, de (veranderende) verhouding tussen opnemings- en behandeling in de Wet Bopz, de positie van een aantal belangrijke actoren in de Wet Bopz (de IGZ, het OM, de burgemeester, de geneesheer-directeur, de rechter, de patiëntenvertrouwenspersoon), het belang van de kwaliteit van zorg en de complexiteit van de wet.

Algemeen deel

3.2 De rol van de wetgever

Wetgeving inzake de opnemings- en de behandeling van personen raakt aan de fundamentele rechten en vrijheden van de mens, zoals onder meer neergelegd in het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) en de Grondwet. Deze rechten omvatten voor de overheid zowel negatieve als positieve verplichtingen, waaronder het waarborgen van zorg en het afwenden van gevaar. Op de overheid rust de plicht tot het nemen van stappen tegen gevaren voor mensen en hun waardigheid, óók als die gevaren uitgaan van de betrokkene zelf. In een democratische en op mensenrechten gebaseerde samenleving dient die wetgeving in overeenstemming te zijn met deze grondrechten. Het belang hiervan neemt toe naarmate deze wetgeving voorziet in verdergaande maatregelen, zoals onvrijwillige opnemings- en dwangbehandeling, en de kwetsbaarheid van de groep het risico op misbruik of oneigenlijk gebruik van deze instrumenten in de hand kan werken. De wetgever zal bij het formuleren van normen derhalve binnen de strikte (minimum)kaders van grondrechten dienen te blijven en daarbinnen steeds moeten zoeken naar een balans tussen enerzijds het belang van de bescherming van de fundamentele grondrechten van mensen met een psychiatrische stoornis (zoals het recht op vrijheid in al haar facetten en recht op de onaantastbaarheid van het lichaam) en anderzijds de belangen die een inbreuk op deze rechten kunnen rechtvaardigen (zoals de gezondheid van de patiënt en de beveiliging van de maatschappij). In het deelonderzoek *Internationale ontwikkelingen* worden vier belangen onderscheiden die als constante factoren in dit proces meewegen: het

belang van respectievelijk de patiënt als rechtssubject, de patiënt als zieke, andere personen en de samenleving als geheel.¹⁹ De evaluatiecommissie erkent dat dit een moeilijke zoektocht voor de wetgever is, en ook in de toekomst altijd zal blijven. Het is niet eenvoudig om in de afweging van alle belangen een evenwicht te vinden, temeer daar het hier een proces betreft waarin de af te wegen belangen, afhankelijk van het tijdsgewricht en de maatschappelijke context, verschillend worden gewaardeerd. Bovendien spelen in dit proces ook politieke machtsverhoudingen, sociaal-economische omstandigheden, de organisatie en het niveau van de geestelijke gezondheidszorg en de belendende sectoren als welzijn, huisvesting en sociale zekerheid, een rol.²⁰ Dit proces is te vergelijken met de slinger van een pendule die regelmatig de ene kant en dan weer de andere kant uitslaat. Binnen de gegeven grondrechtelijke kaders kan dit proces in de loop van de tijd tot verschillende uitkomsten leiden.

Ter illustratie kan de (veranderende) verhouding tussen de opneming en de behandeling dienen.²¹ In de periode waarin de Wet Bopz tot stand kwam, woog het belang van het behoud van de autonomie van de patiënt erg zwaar. De inbreuk op de autonomie van de patiënt bij een gedwongen opneming werd als zeer zwaar gekwalificeerd. Dit resulteerde in wetgeving waarin de bescherming van die autonomie een belangrijke plaats kreeg. De wet bevat dan ook een opnemings-procedure die met veel waarborgen is omkleed. Kern van de opnemingsprocedure is het uitgangspunt dat een beslissing tot gedwongen opneming (vrijheidsbeneming) voorafgaand aan die opneming door de rechter moet worden genomen. De rechter moet dit doen aan de hand van nauwkeurig vastgelegde criteria en (schriftelijke en mondelinge) informatie van deskundigen. De (dwang)behandeling van de patiënt, die als een verdergaande inbreuk op de autonomie werd beschouwd, is gekoppeld aan de opneming; in de Wet Bopz is niet voorzien in (dwang)behandeling van de patiënt, los van een opneming in een instelling.²² In die zin is behandeling onlosmakelijk verbonden aan de opneming. De behandeling is als het ware het sequeel van de opneming. De regels over de (dwang)behandeling in de Wet Bopz zijn daarmee alleen van toepassing in het (daartoe aangewezen) psychiatrisch ziekenhuis waarin de patiënt is opgenomen. Deze regels hebben een locatiegebonden karakter.

In de afgelopen periode is er steeds meer vraag gekomen naar wetgeving die zowel buiten als binnen de instelling (gedwongen) behandeling mogelijk maakt, mede door de tendens van 'vermaatschappelijking' van de psychiatrische patiënt. Dit wil zeggen dat de patiënt zoveel mogelijk buiten de inrichting kan verblijven en voorzien van adequate zorg en behandeling een zo zelfstandig mogelijk, in de samenleving

19 Deel 7: Internationale ontwikkelingen, § 2.2.

20 O.c., § 2.2.

21 Zie § 3.3.

22 Uitzondering hierop vormt de voorwaardelijke machtiging.

geïntegreerd, leven zou moeten kunnen leiden. Gebleken is echter dat een zelfstandig leven in de maatschappij voor een bepaalde groep psychiatrische patiënten niet is weggelegd. Deze patiënten worden gedwongen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, maar vormen na opneming binnen de inrichting geen gevaar meer. Deze ontwikkeling heeft ervoor gezorgd dat de Wet Bopz en het achterliggende gedachtegoed vooral op twee punten als ontoereikend worden ervaren:

- het opnamegebonden karakter van de behandelingsregels van de Wet Bopz biedt geen oplossing voor de psychiatrische patiënt buiten de inrichting die zich alleen met een adequate behandeling of begeleiding in de maatschappij kan handhaven;
- gedwongen opgenomen patiënten die na opneming geen gevaar meer binnen de inrichting opleveren, kunnen niet gedwongen worden behandeld, en blijven daardoor onbehandeld opgenomen of komen onvoldoende behandeld weer terug in de maatschappij.

De wetgever heeft deze problemen ten dele onderkend, hetgeen geresulteerd heeft in enkele (deels nog aanhangige) wijzigingen van de Wet Bopz.²³ Het betreft hier aanvullingen op de wet, evenwel zonder dat de normatieve grondslagen en uitgangspunten opnieuw tegen het licht zijn gehouden.

In de perceptie van de evaluatiecommissie heeft de wetgever altijd in de maatschappelijke context van zijn tijd getracht zich voldoende rekenschap te geven van de verschillende vrijheden en belangen die in het geding zijn bij een gedwongen opneming of gedwongen behandeling. Niettemin valt de keuze van de wetgever in het verleden naar huidige de maatstaven, vanwege de maatschappelijke ontwikkelingen, op onderdelen te betwisten. Zo wordt steeds vaker gesteld dat zelfbeschikking zich ook tegen het individu kan keren en, in het verlengde hiervan, in de weg kan staan aan het waarborgen van goede zorg en behandeling. Ook de ontwikkelingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, met name op het terrein van de geneesmiddelen (psychopharmacie), zijn hiervoor aanleiding. Daarop wordt hieronder nader ingegaan.

Overigens past hier ook een relativerende kanttekening. Het staat buiten kijf dat wetgeving een noodzakelijk instrument is om de bovenbedoelde balans te kunnen bepalen. Tegelijkertijd moet het belang van wetgeving op dit terrein niet worden overschat, ook niet als de Wet Bopz of een nieuwe regeling een breder of ander bereik zal krijgen.

De balans zal uiteindelijk moeten worden gevonden door in de praktijk vanuit ‘goed hulpverlenerschap’ binnen de wettelijke normering, op basis van professionele standaarden en de opvattingen in de maatschappij, waaronder die van de betrokkene zelf, tot een juiste afweging van belangen te komen. Met kwalitatief goede zorg in een vroeg stadium kan in veel gevallen een gedwongen opneming worden voorkomen. Daarnaast kan de aanwezigheid van een sociaal netwerk het welzijn van de patiënt met psychiatrische aandoening zodanig bevorderen dat een gedwongen opneming niet noodzakelijk wordt. Maar ook bij een gedwongen opneming kan met kwalitatief goede zorg de noodzaak tot het gebruik van middelen en maatregelen worden beperkt.²⁴

Conclusie

De wetgever zal steeds binnen de marges van het EVRM en de Grondwet moeten zoeken naar een balans tussen enerzijds het belang van de bescherming van de fundamentele grondrechten van mensen met een psychiatrische aandoening en anderzijds de belangen die een inbreuk op deze rechten kunnen rechtvaardigen. Hierbij zij aangetekend dat grondrechten ook positieve verplichtingen bevatten. Deze verplichten niet alleen tot het waarborgen van goede zorg, maar ook tot het nemen van stappen tegen gevaren voor mensen en hun waardigheid, alsmede tegen het gevaar dat uitgaat van de betrokkene zelf. Het is niet eenvoudig om in de afweging van belangen een evenwicht te vinden, temeer daar het hier een proces betreft waarin de af te wegen belangen, afhankelijk van het tijdsgewricht en de maatschappelijke context, verschillend worden gewaardeerd. Binnen de gegeven grondrechtelijke kaders kan dit proces in de loop van de tijd tot verschillende uitkomsten leiden.

Twee pijlers van de Wet Bopz worden thans als knelpunten ervaren:

1. het opnamegebonden karakter van de behandelingsregels van de Wet Bopz, waardoor de wet geen oplossing biedt voor de psychiatrische patiënt buiten de inrichting;
2. de beperkte mogelijkheid van toepassing dwangbehandeling binnen het psychiatrisch ziekenhuis.

De wetgever heeft terzake enkele wetswijzigingen in procedure gebracht. Binnen de marges van het EVRM en gegeven de maatschappelijke context van zijn tijd, heeft de wetgever op zichzelf genomen steeds voldoende aandacht (gehad) voor de verschillende vrijheden en belangen die in het geding zijn bij een gedwongen opneming of gedwongen behandeling.

Naar huidige maatstaven is er echter reden de keuze van de wetgever op een aantal onderwerpen te heroverwegen vanwege de maatschappelijke ontwikkelingen en de ontwikkelingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder dat van de geneesmiddelen (psychopharmacie).

Het belang van wetgeving op het terrein van de psychiatrie verdient relativering. Minstens zo belangrijk zijn factoren als de kwaliteit van zorg (waaronder de invulling van het 'goed hulpverlenerschap' en het begrip 'goede zorg') en de sociale omgeving van de patiënt.

3.3 De veranderende verhouding tussen opneming en behandeling

De huidige Wet Bopz bevat in verhouding meer regels over de externe rechtspositie dan over de interne rechtspositie van de patiënt. De Wet Bopz wordt dan ook in de praktijk wel aangeduid als een 'opnamewet'. Deels is dat te verklaren door de focus die tijdens de totstandkoming van de Wet Bopz (en ook gedurende de werking van haar rechtsvoorganger de Krankzinnigenwet) gericht is geweest op het vrijheidsbenemende karakter van een gedwongen opneming. Illustratief hiervoor is dat de Krankzinnigenwet geen afzonderlijke normen bevatte voor (dwang)verpleging of (dwang)behandeling. Het belang van het behoud van de autonomie van de patiënt woog bij de totstandkoming van de Wet Bopz erg zwaar, hetgeen resulteerde in een met veel waarborgen omklede opnemingsprocedure. In paragraaf 3.2 is al uitgebreid ingegaan op de gevolgen daarvan voor de verhouding tussen de opneming en de behandeling, en de daarmee samenhangende problemen die in de loop van de tijd zijn ontstaan. De wetgever tracht deze problemen op te lossen door middel van enkele (deels nog aanhangige) wetswijzigingen.²⁵

De evaluatiecommissie is van mening dat deze wijzigingen inderdaad tegemoetkomen aan een door familie en hulpverleners gevoelde behoefte. Deze wijzigingen hebben het karakter van de Wet Bopz als opnamewet echter niet fundamenteel gewijzigd. Tegelijkertijd is de titel van de wet inmiddels te eenzijdig in het licht van de huidige en toekomstige mogelijkheden die de wet biedt naast de gedwongen opneming. Verdergaande verbeteringen op het punt van extramurale zorg en gedwongen behandeling acht de evaluatiecommissie denkbaar. De evaluatiecommissie wil hier niet vooruit lopen op haar bevindingen aangaande de vraag of, en zo ja, onder welke omstandigheden dwangbehandeling extramuraal moet worden mogelijk gemaakt. Op deze vraag wordt hierna uitgebreid ingegaan. Echter, daar gelaten deze vraag, zou bijvoorbeeld in algemene zin gedacht kunnen worden aan een wetgevend kader waarin de koppeling tussen opneming en behandeling wordt losgelaten, en de behandeling, zorg, dan wel de beveiliging van en voor de patiënt centraal staat. De opneming van de psychiatrische patiënt houdt in een dergelijke

wetgeving een belangrijke plaats, maar wordt dan in plaats van vertrekpunt voor behandeling gezien als onderdeel van de gedwongen zorg voor patiënten met een psychiatrische aandoening.²⁶ Dit sluit ook aan bij internationaalrechtelijke ontwikkelingen.²⁷

Conclusie

De (voorgestelde) wijzigingen van de Wet Bopz bieden naar verwachting een oplossing voor de in paragraaf 3.2 gesignaleerde knelpunten. Toch zijn verdergaande wijzigingen denkbaar. Gedacht kan worden aan een wetgevend kader waarin de koppeling tussen opneming en behandeling wordt losgelaten, en de behandeling, zorg en beveiliging van en voor de patiënt centraal staat. De opneming van de psychiatrische patiënt behoudt in een dergelijke wetgeving een belangrijke plaats, maar wordt dan niet langer gezien als vertrekpunt voor gedwongen behandeling. De opneming is een onderdeel binnen het kader van gedwongen behandeling, zorg of beveiliging.

3.4 De veranderde positie van een aantal actoren

Tijdens de totstandkoming van de oorspronkelijke Wet Bopz is gekozen voor een stevige positie van actoren als de IGZ, het OM, de burgemeester, de geneesheer-directeur en de rechter. In de navolgende subparagrafen wordt aandacht besteed aan de wijze waarop de verschillende actoren uitvoering geven aan de wettelijke taken waarmee zij zijn belast, alsmede aan de veranderingen in de taakopvatting van deze actoren.

3.4.1 De positie van de IGZ

Bij de totstandkoming van de Wet Bopz is de IGZ een belangrijke rol toebedacht voor de individuele rechtsbescherming van de gedwongen opgenomen patiënten. Het toezicht door de IGZ vormde een belangrijke pijler van de Wet Bopz als bouwwerk. Het belang dat de wetgever hechtte aan toezicht werd ook vertaald in de aanstelling van een groot aantal inspecteurs, dat specifiek was belast met het toezicht op de naleving van de Wet Bopz. De wetgever heeft het belang van toezichhoudende taak van de IGZ verder onderstreept door het toezicht niet te beperken tot het verblijf binnen de inrichting. Op basis van artikel 63, eerste lid, Wet Bopz heeft de IGZ in het kader van haar toezichhoudende functie tot taak om ook buiten de muren van een psychiatrisch ziekenhuis te waken voor de gezondheidsbelangen van alle psychiatrische patiënten. De IGZ moet toezien op een verantwoorde behandeling, verpleging, verzorging en bejegening van deze patiënten, waar ze zich ook bevinden. Ook talrijke meldingsverplichtingen geven hier blijk van. De griffier bijvoorbeeld

26

Van Veldhuizen (2006).

27

Zie bijvoorbeeld Raad van Europa (2004) en deel 7: Internationale ontwikkelingen.

heeft de plicht om de IGZ in kennis te stellen van een rechterlijke beslissing om geen voorlopige machtiging af te geven.²⁸ De achterliggende motivering hiervan was dat de IGZ met deze wetenschap de patiënt extra in de gaten zou kunnen houden.²⁹ Ook moet de griffier de IGZ op de hoogte stellen van een opname in een psychiatrisch ziekenhuis,³⁰ zodat de IGZ haar rol als beschermer van de afhankelijke patiënt kan uitoefenen.³¹

De IGZ heeft onder invloed van de veranderende tijdgeest en met name de veranderende opvatting over toezicht gekozen voor een systeem van gefaseerd toezicht, toegespitst op de kwaliteit van de ziekenhuizen in algemene zin en niet rechtstreeks op de bescherming van de individuele cliënt. Zo controleert de IGZ de kwaliteit in de eerste plaats door toetsing van het in de Kwaliteitswet zorginstellingen voorgeschreven kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis en van de uitvoering van dit beleid. Jaarlijks kiest zij bovendien een aantal thema's waar zij haar toezichthoudende activiteiten op concentreert. De IGZ oefent feitelijk niet langer het op het individu gerichte toezicht uit op basis van de meldingen van bijvoorbeeld het gebruik van middelen en maatregelen. Het doel van de meldingsplichten in de Wet Bopz wordt door deze passieve houding van de IGZ uitgehold. Hierdoor maakt de IGZ de door de wetgever toebedeelde actieve rol, waarin niet de kwaliteit van de verleende zorg, maar de bescherming van de rechten van de individuele cliënt centraal staat, niet waar.

Conclusie

Bij de totstandkoming van de Wet Bopz is de IGZ een belangrijke rol toebedacht voor de individuele rechtsbescherming van met name de gedwongen opgenomen patiënten. Het toezicht door de IGZ vormde een belangrijke pijler van de Wet Bopz als bouwwerk. De IGZ heeft onder invloed van de veranderende tijdgeest en met name de veranderende opvatting over toezicht gekozen voor een systeem van gefaseerd toezicht, toegespitst op de kwaliteit van de ziekenhuizen in algemene zin en niet rechtstreeks op de bescherming van de individuele patiënt. Deze invulling van de toezichthoudende taak verdraagt zich slecht met de oorspronkelijke bedoeling van de wetgever en leidt tot onvoldoende nakoming van de wettelijke taken door de IGZ.

3.4.2 De positie van het openbaar ministerie

Het OM heeft in de wet een essentiële functie gekregen waar het gaat om de procedure betreffende de dwangopname in een psychiatrisch ziekenhuis. Het OM

28 Artikel 9, derde en vierde lid, Wet Bopz.
29 Kamerstukken II, vergaderjaar 1980-1981, 11 270, nr. 18.
30 Artikel 12, eerste lid, Wet Bopz.
31 Kamerstukken II, vergaderjaar 1992-1993, 21 239, nr. 8.

is met uitsluiting van anderen bevoegd (en verplicht) om op basis van de wettelijke criteria de rechter te verzoeken een machtiging af te geven die als opnemingsstitel kan dienen.³² Ook dient het OM de in verband daarmee gestelde termijnen te bewaken en andere procedurele regels na te leven.

In het onderstaande maakt de evaluatiecommissie een onderscheid tussen de rol van het OM als verzoeker in de machtigingenprocedure en zijn rol als bewaker van de procedurele gang van zaken.

Voor wat betreft de rol van het OM als verzoeker in de machtigingenprocedure, kan uit de wettelijke formulering in de Wet Bopz worden afgeleid dat aan het OM een lijdelijke rol is toegekend waar het gaat om het doorgeleiden van verzoeken. Het uitgangspunt is dat de officier verzoeken in beginsel doorgeleidt.³³ Ook voorziet de Wet Bopz niet in verplichte aanwezigheid van de officier ter zitting.

Het is de evaluatiecommissie gebleken dat het OM zijn rol op dit punt inderdaad beperkt invult. Meermalen is tijdens het onderzoek van de evaluatiecommissie de term 'doorgeefluik' gevallen waar het gaat om de kwalificatie van de rol van het OM in de machtigingenprocedure; verzoeken van familie en anderen als bedoeld in artikel 4 worden doorgaans op papier afgewikkeld. Hierbij dient overigens te worden opgemerkt dat de wijze waarop het OM de administratieve afhandeling verzorgt, in zijn algemeenheid tot tevredenheid lijkt te stemmen. Verder is het OM bijna altijd afwezig op de zitting waarbij de rechter het verzoek tot dwangopneming beoordeelt. Van de zijde van behandelaars is het bezwaar gehoord dat dit betekent dat zij daardoor worden gedwongen ter zitting de rol van de verzoekende partij over te nemen. Dit herbergt volgens de behandelaars het gevaar in zich dat zij in een onwenselijke positie tegenover de patiënt komen te verkeren, omdat zij - in plaats van het OM - moeten aangeven waarom zij een gedwongen opneming nodig achten. De behandelaars zijn van mening dat dit de behandelrelatie niet ten goede komt, omdat zij dan ten overstaan van de patiënt moeten expliciteren waarom de patiënt tegen zijn zin in gedwongen moet worden opgenomen.

Tegen het bezwaar van de behandelaars is in te brengen dat ook bij aanwezigheid van de officier ter zitting de behandelaar zal moeten kunnen motiveren waarom hij een dwangopneming geïndiceerd acht. De rechter zal hier doorgaans ook de behandelaar over horen. Echter, naar het oordeel van de evaluatiecommissie hoort de beoordeling en motivering van de juridische kwalificaties van wettelijke termen als 'geestesstoornis' en 'gevaar', en het causale verband daartussen, in het huidige stelsel thuis bij het OM als verzoekende partij in de machtigingenprocedure.

32 Zie de artikelen 4 en 6, Wet Bopz.

33 Zie bijvoorbeeld artikel 6, eerste lid, Wet Bopz.

Voor wat betreft de rol van het OM als bewaker van de procedurele gang van zaken, heeft de evaluatiecommissie de indruk dat de wettelijke regels niet in alle gevallen strikt worden nageleefd. Er zijn signalen dat niet alle verzoekschriften door de officier van justitie worden afgedaan, maar op een lager niveau. Niettemin doet dit geen afbreuk aan de kwaliteit van de procedurele afhandeling van de verzoekschriften. Ook heeft de evaluatiecommissie de indruk dat de kennis over de (toepassing van de) Wet Bopz niet in alle parketten van de arrondissementen toereikend is. Zo kent slechts een enkel arrondissement een zogeheten Bopz-officier, een officier van justitie die de Wet Bopz als specialisme in zijn portefeuille heeft. Er is sinds 2001 op landelijk niveau binnen het OM een landelijk expertisecentrum werkzaam op het terrein van het gezondheidsrecht (Expertisecentrum Medische Zaken). Bij dit centrum kunnen alle officieren terecht met vragen over de toepassing van de Wet Bopz. De evaluatiecommissie acht dit een uitstekend initiatief dat kan bijdragen aan verhoging van de kwaliteit van de werkzaamheden. Echter, zolang niet in alle arrondissementen een speciale Bopz-officier is aangesteld, heeft dit centrum weinig mogelijkheden om zijn expertise te exploiteren. Om het Expertisecentrum Medische Zaken de gelegenheid te geven zijn beoogde taak volledig waar te maken, is het wenselijk dat op alle parketten een aanspreekpunt voor het expertisecentrum beschikbaar is.

Van de zijde van het OM is aangegeven dat het streven erop gericht is dat per 1 januari 2007 in alle arrondissementen een Bopz-officier zal zijn aangesteld. Dit vindt de evaluatiecommissie een lovenswaardig streven. Niettemin vraagt de evaluatiecommissie zich tegen de achtergrond van het bovenstaande af of de keuze van de wetgever voor een lijdelijke uitvoering door het OM niet moet worden heroverwogen.

Het staat voor de evaluatiecommissie buiten kijf dat er in Nederland altijd een kwalitatief hoogwaardig overheidsorgaan beschikbaar moet zijn om procedures betreffende vrijheidsbeneming zoals de dwangopneming in de Wet Bopz zorgvuldig af te kunnen wikkelen. Dat een dergelijk orgaan in het huidige stelsel nauw gelieerd is met de zittende magistratuur, ligt ook voor de hand. Dit maakt de keuze voor het OM als uitvoerder van de wet goed verdedigbaar. Echter, de opzet van de huidige Wet Bopz en de invulling daarvan door het OM, maken dat het OM als gezichts-bepalende organisatie aan geloofwaardigheid inboet. Het OM maakt zijn rol als hoeder van de verzoekschriftenprocedure en de rechtsbescherming in algemene zin thans niet waar, en de voornemens van het OM om hierin verbetering te brengen hebben de afgelopen jaren nog niet tot concrete resultaten geleid.

Uit het deelonderzoek *Grensgebieden van de Wet Bopz* blijkt dat er een grote groep patiënten met een psychiatrische aandoening is die zich op het grensvlak tussen 'straf' en 'zorg' bevindt. In veel gevallen is de uiteindelijke keuze om bijvoorbeeld een overlastveroorzaker in een straf- of zorgtraject terecht te laten komen, een toevallige. Naar het oordeel van de evaluatiecommissie moet zo veel mogelijk voorkomen worden dat patiënten met een psychiatrische aandoening in een justitiële

inrichting belanden. Justitiële inrichtingen zijn niet ingericht op zorg en behandeling van patiënten met psychiatrische aandoening. Het is van groot belang om een adequate behandeling te bieden aan patiënten met een psychiatrische aandoening om de schade op korte en lange termijn te voorkomen of te beperken. Daarnaast kan een gebrekkige afstemming tussen de GGZ en Justitie er in de praktijk toe leiden dat patiënten na ontslag geconfronteerd worden met oude boetes die dan weer aanleiding geven tot een gevangenisstraf, met alle gevolgen vandien zoals bijvoorbeeld verlies van huisvesting en inkomen, maar ook verslechtering van de geestelijke gezondheid. Een betere samenwerking tussen GGZ en Justitie zou kunnen voorkomen dat deze kwetsbare groep tussen wal en schip raakt. Goede zorg en behandeling van de groep die zich op het grensvlak tussen zorg en straf bevindt, kan in veel gevallen een preventieve werking hebben en criminele carrières voorkomen. Waar een strafrechtelijk traject is ingezet, maakt het OM op basis van de persoonlijkheid van degene die een strafbaar feit heeft begaan, in veel gevallen een zorgvuldige afweging of een strafrechtelijke vervolging dan wel het aanvragen van een Bopz-machtiging de passende maatregel is.

Conclusie

De opzet van de huidige Wet Bopz en de invulling daarvan door het OM, maken dat het OM zijn rol als hoeder van de verzoekschriftenprocedure en de rechtsbescherming in algemene zin niet waarmaakt. De evaluatiecommissie wacht met belangstelling op de concretisering door het OM van de toegezegde invulling van zijn taken. Het OM speelt een actieve rol bij de keuze tussen gedwongen opneming of strafrechtelijke vervolging van personen met een psychiatrische aandoening die gevaar veroorzaken. Deze rol vervult het OM naar tevredenheid.

3.4.3 De positie van de burgemeester

De Wet Bopz bevat een procedure op grond waarvan de burgemeester in een onmiddellijk dreigende gevaarssituatie een zogeheten inbewaringstelling (lbs) kan afgeven ten aanzien van een persoon van 12 jaar of ouder die geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opneming in een psychiatrisch ziekenhuis.³⁴ Het gaat om een situatie waarin het oordeel van de rechter in de reguliere machtigingsprocedure niet kan worden afgewacht. Het causaal verband tussen de stoornis en het gevaar hoeft nog niet vast te staan. Van deze procedure wordt veelvuldig gebruik gemaakt; jaarlijks worden ongeveer 8.000 lbs-beschikkingen afgegeven, en dit aantal neemt gestaag toe. De bevoegdheid voor de burgemeester is exclusief, in die zin dat de Wet Bopz uitdrukkelijk bepaalt dat de bevoegdheid kan worden gedelegeerd aan

een wethouder.³⁵ De bevoegdheid is bij de totstandkoming van de oorspronkelijke Wet Bopz aan de burgemeester toegekend, omdat deze in het lokale openbare bestuur een onafhankelijke spilfunctie vervult bij de handhaving van de openbare orde en de veiligheid.

Verschillende organisaties uiten kritiek op de positie van de burgemeester in de lbs-procedure. Zij geven aan dat de burgemeester inhoudelijk nauwelijks meerwaarde in de lbs-procedure heeft, omdat de burgemeester zich in vrijwel alle gevallen conformeert aan het geneeskundig advies dat in het kader van de procedure wordt verstrekt. De actieve rol van de burgemeester bij de rechtsbescherming van de patiënt die de wetgever beoogd heeft, namelijk een inhoudelijke beoordeling van de zaak, wordt in de praktijk niet waargemaakt. Bovendien ligt de feitelijke afwikkeling van de lbs-procedure in handen van gemeenteambtenaren die in de regel slechts als technisch uitvoerder van de wet optreden.

In het verleden is van de zijde van de burgemeesters aangegeven dat de lbs-procedure zeer arbeidsintensief en administratief belastend is. Uit deze evaluatie blijkt dat de administratieve lasten voor de burgemeester aanmerkelijk zijn gereduceerd. Dit houdt verband met de introductie van BOPZ-online, een door het bedrijf Khonraad bv ontwikkeld systeem, waarmee de lbs-procedure met elektronische middelen kan worden afgewikkeld. Veel gemeenten maken gebruik van dit systeem. De indruk bestaat dat de kennis bij de gemeenten over de Wet Bopz en de toepassing van de lbs-procedures beperkt is. Dit leidt er in sommige gevallen toe dat de administratieve afhandeling gebrekkig is en de lbs-procedure vertraging oploopt.

De evaluatiecommissie heeft zich gebogen over de vraag of de rol van de burgemeester in de lbs-procedure moet worden gehandhaafd. Het is immers duidelijk dat de wetgever een actievare rol van de burgemeester zelf bij de rechtsbescherming van de patiënt voor ogen had, dan hij nu feitelijk inneemt. Gegeven de vereisten dat de desbetreffende functionaris in alle onafhankelijkheid, op decentraal niveau en binnen een kort tijdsbestek slagvaardig moet kunnen opereren, ziet de evaluatiecommissie binnen de rechterlijke macht of het openbaar bestuur wel alternatieven. In aansluiting bij de huidige taken en bevoegdheden van de officier van justitie, is het, ook gelet op de juridische kwaliteit van de individuele officier, bijvoorbeeld denkbaar dat de uitvoering van de lbs-procedure bij deze functionaris kan worden belegd.³⁶ Daarvoor is het evenwel noodzakelijk dat het OM als organisatie zijn Bopz-taken als prioritair aanmerkt.

35 De bepaling moet zo worden uitgelegd dat delegatie slechts aan een wethouder (en dus niet aan anderen) kan worden gedelegeerd. Strikt genomen is van delegeren geen sprake, omdat de bevoegdheid niet door de burgemeester wordt overgedragen; de wethouder kan namens de burgemeester de last tot inbewaringstelling geven. Hier gaat het om een mandaatsconstructie als bedoeld in de Algemene wet bestuursrecht.

36 Zie ook Keurentjes (2005), p. 113.

De evaluatiecommissie meent wel dat bij de vraag of een nieuwe functionaris moet worden geïntroduceerd ter vervanging van de rol van de burgemeester, nadrukkelijk het gegeven moet worden betrokken dat de uitvoering van de lbs-procedure in de hedendaagse praktijk zonder noemenswaardige logistieke problemen verloopt. De doorgevoerde modernisering heeft in die zin duidelijk vruchten afgeworpen. De taak blijkt nu procedureel goed uitvoerbaar.

Conclusie

De burgemeester heeft als uitvoerder van de lbs-procedure inhoudelijk nauwelijks meerwaarde. In vrijwel alle gevallen conformeert de burgemeester zich aan het geneeskundig advies dat in het kader van de procedure wordt verstrekt. De feitelijke afwikkeling van de lbs-procedure ligt in handen van gemeenteambtenaren die in de regel slechts als technisch uitvoerder van de wet optreden. Er zijn, gegeven de vereisten dat de desbetreffende functionaris in alle onafhankelijkheid, op decentraal niveau en binnen een kort tijdsbestek slagvaardig moet kunnen opereren, binnen de rechterlijke macht alternatieven denkbaar (de officier van justitie). Wel moet bij de vraag of een nieuwe functionaris moet worden geïntroduceerd ter vervanging van de rol van de burgemeester het gegeven worden betrokken dat de uitvoering van de lbs-procedure in de hedendaagse praktijk zonder noemenswaardige logistieke problemen verloopt.

3.4.4 De positie van de geneesheer-directeur

De geneesheer-directeur heeft in de Wet Bopz een centrale rol gekregen bij het initiëren, voortzetten of beëindigen van vrijheidsbenemende maatregelen en bij verlof en voorwaardelijk ontslag. Zo kan de geneesheer-directeur het initiatief nemen om voor een vrijwillig opgenomen patiënt een voorlopige machtiging aan te vragen en beslist hij of een lbs of andere rechterlijke machtiging moet worden beëindigd of dat voorzetting van de opname gewenst is. Bij een voorwaardelijke machtiging kan de geneesheer-directeur besluiten tot gedwongen opname van de persoon die de voorwaarden niet naleeft. Daarnaast heeft de wetgever de geneesheer-directeur een belangrijke rol toebedeeld bij het waarborgen van de kwaliteit van de zorg. De geneesheer-directeur ziet er bijvoorbeeld op toe dat er een behandlingsplan tot stand komt en dient op de hoogte te worden gebracht als er geen overeenstemming over de behandeling kan worden bereikt. De toepassing van dwang en het opleggen van vrijheidsbeperkingen moet aan de geneesheer-directeur worden gemeld. Tenslotte is aan de geneesheer-directeur de taak opgedragen om derden te informeren over onder andere de gedwongen opnames en de toepassing van middelen en maatregelen. Het betreft mededelingsverplichtingen richting patiënten en de IGZ.

Gelet op de centrale rol die de geneesheer-directeur speelt bij de uitvoering van de Wet Bopz en met name bij de vrijheidsbepalende maatregelen, heeft de wetgever gezocht naar een functionaris die enerzijds betrokkenheid heeft bij de patiëntenzorg, maar anderzijds over voldoende distantie beschikt om in onafhankelijkheid en objectiviteit te kunnen beslissen.

Bij de totstandkoming van de Wet Bopz stond de wetgever een organisatie van de GGZ voor ogen waarbij ieder psychiatrisch ziekenhuis werd geleid door een 'eerste geneeskundige', aan wie de eindverantwoordelijkheid was opgedragen voor de gedwongen opname in en het ontslag uit het ziekenhuis en die belast was met de zorg voor de medische gang van zaken in het ziekenhuis.³⁷ De wetgever sloot daarmee aan bij de toenmalige organisatie en inrichting van de GGZ in kleinschalige en overzichtelijk georganiseerde inrichtingen, waarbij het gestichtsterrein en de organisatiestructuur volledig samenvielen. Door de schaalvergroting in de GGZ ontstonden er fusies van psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor ambulante zorg, om een continuüm van zorg mogelijk te maken. Grootschalige GGZ-instellingen worden nu geleid door een raad van bestuur waarin in veel gevallen geen geneesheer-directeur zitting heeft. En in de gevallen waarin de geneesheer-directeur wel deel uit maakt van de raad van bestuur, zal zijn aandacht voornamelijk zijn gericht op het beleid en is het niet langer mogelijk om aandacht te schenken aan de individuele patiënt. De geneesheer-directeur die de algehele verantwoordelijkheid draagt, de kwaliteit bewaakt, goed geïnformeerd is over de individuele patiënt en persoonlijk beslist over voorzetting of beëindiging van gedwongen opname en behandeling, is een anachronisme geworden.

Nu de rol van geneesheer-directeur, zoals oorspronkelijk beoogd in de Wet Bopz, niet goed meer aansluit bij de organisatiestructuren binnen de GGZ, worden in de praktijk de grenzen van de wettelijke mogelijkheden opgezocht en opgerekt. Er wordt extensief gebruik gemaakt van de mogelijkheden om meerdere personen als geneesheer-directeur aan te merken. Artikel 1, derde lid, van de Wet Bopz maakt het mogelijk om een arts die niet als directeur is aangesteld toch als geneesheer-directeur in de zin van de Wet Bopz aan te merken. Hierdoor is de situatie ontstaan dat er in een ziekenhuis meerdere geneesheer-directeuren zijn aangesteld. Daarnaast wordt er extensief gebruik gemaakt van de waarnemingsregeling, die enkel bedoeld is om een waarnemer aan te wijzen in geval van afwezigheid van de geneesheer-directeur. In de praktijk wordt de waarnemingsregeling echter ook gebruikt om feitelijk meerdere geneesheer-directeuren binnen een instelling aan te wijzen en permanent naast elkaar te laten functioneren. Bij mandatering maakt de geneesheer-directeur het mogelijk dat een andere functionaris in zijn naam besluiten neemt. Aangezien de geneesheer-directeur een bestuursorgaan is, moet bij mandatering

worden voldaan aan de regels die de Algemene wet bestuursrecht op dit punt stelt. Artikel 10:3 Awb bepaalt dat mandaat kan worden verleend tenzij bij wettelijk voorschrift anders is bepaald of de aard van de bevoegdheid zich daartegen verzet. De Wet Bopz kent geen bepaling die mandatering verbiedt. Dit betekent dat per bevoegdheid moet worden bekeken of de aard van de bevoegdheid zich al dan niet verzet tegen mandatering. De Hoge Raad heeft in het arrest van 21 januari 2001 bepaald dat het tekenen van de geneeskundige verklaring zich niet leent voor mandatering.³⁸ Voor de overige bevoegdheden die de geneesheer-directeur in de Wet Bopz zijn toebedeeld, bestaat onzekerheid over de vraag of mandatering is geoorloofd. Algemeen wordt aangenomen dat de bevoegdheden die rechtstreeks de vrijheidsbeneming van de patiënt raken zich in ieder geval niet lenen voor mandatering. Maar ook in de gevallen dat mandatering juridisch gezien niet op beletselen stuit, kan de vraag worden gesteld of de huidige praktijk van mandatering wel in alle gevallen recht doet aan het evenwicht dat de wetgever heeft beoogd tussen betrokkenheid en distantie bij de uitoefening van de taken van de geneesheer-directeur.

De evaluatiecommissie meent dat de geneesheer-directeur in de praktijk in overwegende mate een goede invulling geeft aan zijn centrale rol bij de uitvoering van de Wet Bopz. Van een terugtrekkende beweging zoals bij een aantal andere actoren werd gesignaleerd, lijkt geen sprake. Evenmin zijn er aanwijzingen dat de geneesheer-directeur heeft gekozen voor een andere taakopvatting dan de wetgever voor ogen stond. Wel heeft de evaluatiecommissie signalen ontvangen dat bij het verlenen van ontslag de weging van de publieke belangen en de eigen belangen van de zorginstelling niet in alle gevallen in balans en zuiver is. Met name bij patiënten die (ernstige) overlast binnen de inrichting veroorzaken, zou er een neiging bestaan om eerder dan verantwoord ontslag te verlenen. Daarnaast zijn er signalen dat de feitelijke ontslagbeslissing in de praktijk niet door de geneesheer-directeur wordt genomen, maar op een lager niveau binnen de organisatie.

Naar het oordeel van de evaluatiecommissie dient de geneesheer-directeur in de toekomst zijn centrale rol te behouden en waar nodig te versterken. De evaluatiecommissie acht het wenselijk om de in de toekomst meer nog dan thans het geval is, de ingrijpende beslissingen over vrijheidsbeperking en dwangmaatregelen tot de verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur te maken. Een eventuele nieuwe wettelijke regeling dient beter aan te sluiten bij de huidige organisatiestructuur van de GGZ en dient rekening te houden met de nog steeds verdergaande ambulantisering van de zorg. Daarnaast dient een nieuwe regeling meer duidelijkheid te verschaffen over de gevallen waarin de geneesheer-directeur zijn bevoegdheid al dan niet kan mandateren.

De evaluatiecommissie acht het, gelet op de organisatorische ontwikkelingen in de zorg, zeer wel denkbaar dat de taken die thans door de geneesheer-directeur worden uitgeoefend, in de toekomst worden belegd bij een onafhankelijke functionaris of regionaal orgaan zonder directe banden met de instelling die de patiënt behandelt.

Conclusie

De geneesheer-directeur vervult zijn centrale rol bij de uitvoering van de Wet Bopz, binnen de huidige wettelijke mogelijkheden, naar tevredenheid. Door de organisatorische ontwikkelingen in de GGZ is de geneesheer-directeur, zoals oorspronkelijk door de wetgever beoogd, echter een anachronisme geworden. Om de discrepantie tussen de wet en de praktijk op te lossen, worden er meerdere geneesheer-directeuren aangesteld, wordt er extensief gebruik gemaakt van de waarnemingsregeling of worden de bevoegdheden naar een lager niveau gemandateerd. Er bestaat onduidelijkheid over de vraag welke bevoegdheden de geneesheer-directeur mag mandateren. In een nieuwe wettelijke regeling zal een betere aansluiting bij de huidige organisatiestructuur moeten worden gezocht en meer duidelijkheid moeten worden geschapen over de mandatering van bevoegdheden. In een nieuwe wettelijke regeling zouden de huidige taken van de geneesheer-directeur kunnen worden belegd bij een onafhankelijke functionaris of regionaal orgaan.

3.4.5 De positie van de rechter

De rechter is in de Wet Bopz een cruciale rol toebedeeld bij beslissingen over vrijheidsbeneming van patiënten met een psychiatrische aandoening die gevaar veroorzaken. Uitgangspunt van de Wet Bopz is dat alleen na een voorafgaand rechterlijk oordeel tot een gedwongen opname of gedwongen behandeling kan worden besloten. Gelet op de zwakke positie van de op te nemen patiënt wordt van de rechter een actieve rol verwacht. De autonomie van partijen is niet leidend. De rechter zal bij gebrek aan verweer niet automatisch met een verzoek tot het verlenen van een machtiging mogen instemmen. De rechter dient zonodig zelf actief onderzoek te doen om de gedwongen op te nemen patiënt een adequate rechtsbescherming te bieden. Naar het oordeel van de evaluatiecommissie vervult de rechter zijn taken in het algemeen naar tevredenheid. Wel heeft de evaluatiecommissie signalen ontvangen dat de toepassing en de uitleg van de Wet Bopz niet in alle arrondissementen gelijk is. Met name in het geval van wijzigingen of uitbreidingen van de wettelijke mogelijkheden, zoals bijvoorbeeld bij de introductie van de observatiemachtiging en de voorwaardelijke machtiging, zijn er verschillen tussen arrondissementen waar te nemen. Ook bij de rechterlijke beslissingen over bijvoorbeeld dwangbehandeling in het kader van het klachtrecht zijn significante verschillen zichtbaar tussen de verschillende arrondissementen.

De evaluatiecommissie hecht er aan om te benadrukken dat er van de rechter een grote deskundigheid wordt verwacht bij de toepassing van de Wet Bopz. Zowel de

kwetsbare positie van de op te nemen patiënt als de ernst van de inbreuk op de vrijheid noodzaakt tot grote zorgvuldigheid. Daarnaast vergt de complexiteit van de Wet Bopz een grote deskundigheid van de rechter om tot een juiste toepassing van de wet te komen. Gelet op de signalen over de soms gebrekkige kwaliteit van de uitspraken vergt het op peil houden van kennis bij rechters voortdurende aandacht. Naar het oordeel van de evaluatiecommissie is het niet wenselijk dat rechters-plaatsvervangers worden belast met uitspraken in Bopz-zaken, vanwege de hoge eisen die mogen worden gesteld aan kennis en ervaring en de beperkte mogelijkheden tot collegiaal overleg bij rechters-plaatsvervangers.

Conclusie

De rechter is in de Wet Bopz een cruciale rol toebedeeld bij beslissingen over vrijheidsbeneming van patiënten met een psychiatrische aandoening. De rechter vervult zijn actieve rol naar het oordeel van de evaluatiecommissie naar tevredenheid. Wel heeft de evaluatiecommissie signalen ontvangen dat de toepassing van de Wet Bopz niet in alle arrondissementen gelijk is. Naar het oordeel van de evaluatiecommissie is het niet wenselijk dat rechters-plaatsvervangers worden belast met uitspraken in Bopz-zaken en vergt het op peil houden van kennis bij rechters voortdurende aandacht.

3.4.6 De positie van de patiëntenvertrouwenspersoon

De patiëntenvertrouwenspersoon vervult bij de uitvoering van de Wet Bopz een belangrijke rol door het verlenen van advies en bijstand aan patiënten over de uitoefening van hun rechten. Ten tijde van de Krankzinnigenwet waren er al patiëntenvertrouwenspersonen actief en in de Wet Bopz zijn hun activiteiten in de wet verankerd. De patiëntenvertrouwenspersonen leveren naar het oordeel van de evaluatiecommissie in de praktijk een belangrijke bijdrage aan het goed functioneren van het klachtrecht van de Wet Bopz.

In beide eerdere evaluaties van de Wet Bopz is al aandacht besteed aan de positie van de patiëntenvertrouwenspersonen. Bij het deelonderzoek van de tweede evaluatie werd geconcludeerd dat de waardering voor de wijze waarop de patiëntenvertrouwenspersoon zijn taken uitoefent groot is, niet alleen onder patiënten die een beroep doen op de patiëntenvertrouwenspersoon, maar ook onder raden van bestuur, patiëntenraden en behandelaars. Alle betrokkenen zijn positief over het verloop van de klacht opvang in de psychiatrie: veruit de meeste kunnen met behulp van de patiëntenvertrouwenspersoon snel en informeel worden afgehandeld. Daardoor wordt voorkomen dat klachten onnodig de meer formele procedures van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector of art. 41-procedure van de Wet Bopz

bereiken.³⁹ Gelet op de wezenlijke bijdrage van de patiëntenvertrouwenspersonen aan de bescherming van de rechtspositie van patiënten, is bij beide evaluaties de aanbeveling gedaan om ook in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg een patiëntenvertrouwenpersoon te introduceren.

Bij de introductie van de voorwaardelijke machtiging is geregeld dat de patiënt met een voorwaardelijke machtiging ook recht heeft op advies en bijstand van een patiëntenvertrouwenspersoon. In het deelonderzoek *Dwang en drang buiten de instelling* wordt geconstateerd dat de ambulante patiënt met een voorwaardelijke machtiging de weg naar de patiëntenvertrouwenspersoon in de praktijk minder goed weet te vinden.

Conclusie

De patiëntenvertrouwenspersoon levert een wezenlijke bijdrage aan de bescherming van rechten van de patiënt. Zowel van de zijde van de patiënten als de instellingen bestaat grote waardering voor het werk van de patiëntenvertrouwenspersoon. Naar het oordeel van de evaluatiecommissie draagt de patiëntenvertrouwenspersoon op positieve wijze bij aan het functioneren van het klachtrecht van de Wet Bopz en blijft het aantal formele klachtprocedures daardoor beperkt. In de praktijk blijken de ambulante patiënten met een voorwaardelijke machtiging de weg naar de patiëntenvertrouwenspersoon minder goed te vinden.

3.4.7 De veranderde positie van de centrale actoren

Tijdens de totstandkoming van de oorspronkelijke Wet Bopz is gekozen voor een stevige positie van actoren als de IGZ, het OM, de burgemeester, de geneesheer-directeur en de rechter. Elk van deze actoren heeft krachtens de Wet Bopz een belangrijke taak (en daarmee samenhangende bevoegdheden) gekregen. Het OM heeft deze taak waar het gaat om zijn toezichthoudende verplichtingen op een andere wijze uitgevoerd dan de wetgever oorspronkelijk voor ogen stond. Voor de burgemeester, de geneesheer-directeur, het OM en de IGZ, geldt dat zij hun wettelijke taken in de loop van de tijd, als gevolg van de veranderende tijdgeest, in de praktijk ook anders of beperkter hebben ingevuld. Maatschappelijke ontwikkelingen als de verdergaande verstedelijking, de individualisering en de de-institutionalisering van de zorg en de (als gevolg daarvan) gewijzigde opvattingen over de rol van de overheid, hebben het functioneren van deze actoren beïnvloed. Zo wordt de burgemeester anders dan enkele decennia terug niet meer als een burgervader beschouwd die al zijn onderdanen geacht wordt te kennen. Ook is het vanwege de extramuralisering in de zorg vaak niet gemakkelijk om een geneesheer-directeur in de oorspronkelijk bedoelde zin aan te wijzen.

Door deze ontwikkelingen en veranderde taakopvatting komen de door de wetgever beoogde doelstellingen en in het bijzonder de rechtsbescherming van de patiënt in het gedrang. Er bestaat een discrepantie tussen de wet en de praktijk. De feitelijke invulling van de wettelijke taken van actoren als de IGZ, het OM, de burgemeester en de geneesheer-directeur, is niet meer in alle gevallen in overeenstemming met het wettelijk kader. Deze constatering brengt enerzijds een aansporing mee voor de verschillende actoren om zich in te spannen om de wettelijk opgedragen taken uit te voeren. Anderzijds zou dit aanleiding voor de wetgever moeten zijn om zich te herbezinnen op de toedeling van taken aan de verschillende actoren. De evaluatiecommissie acht het zeer wel denkbaar dat met een herschikking van taken meer recht kan worden gedaan aan de huidige taakopvatting van de verschillende actoren. Bij een dergelijke herschikking kan ook worden overwogen om het aantal actoren te reduceren. Door aansluiting te zoeken bij de in de maatschappij levende ideeën over de rol van de verschillende actoren, kan de gesignaleerde discrepantie tussen wet en praktijk worden voorkómen. Als uitgangspunt bij een dergelijke herschikking van taken of toedeling van taken aan nieuwe actoren, zal wel moeten gelden dat op een adequate wijze recht wordt gedaan aan de te beschermen belangen.

Ten slotte wijst de evaluatiecommissie er op dat er tot op heden geen onderzoek is gedaan naar de uitvoering van de Bopz-taken door de advocatuur. Bij een volgende evaluatie van de Wet Bopz of een nieuwe regeling verdient het aanbeveling om ook aandacht te besteden aan de rol van de advocatuur.

Conclusie

Sinds de totstandkoming van de Wet Bopz hebben actoren als de IGZ, het OM, de burgemeester en de geneesheer-directeur, een andere invulling gegeven aan (onderdelen van) hun wettelijke taak. Dit heeft op een aantal punten geleid tot een discrepantie tussen wet en praktijk, waardoor met name de rechtsbescherming van de patiënt onder druk komt te staan. Gelet op deze constatering verdient het aanbeveling om de toedeling van taken aan de verschillende actoren kritisch te bezien. Hierbij dient ook in ogenschouw te worden genomen dat de Bopz-taken in veel gevallen slechts een klein onderdeel vormen van het totale takenpakket van de afzonderlijke actoren. Centralisatie van taken zou de betrokkenheid van de onderscheiden actoren bij de Bopz-taken kunnen vergroten.

De evaluatiecommissie acht het zeer wel denkbaar dat door een herschikking van taken van de verschillende actoren of een reductie van het aantal actoren, beter recht kan worden gedaan aan zowel de te beschermen belangen als de huidige taakopvattingen van de verschillende actoren.

3.5 Centralisatie van kennis

In zijn algemeenheid merkt de evaluatiecommissie op dat centralisatie van kennis over de toepassing van een wettelijke regeling als de Wet Bopz een goed middel is

om de kwaliteit van de uitvoering van de wet te bevorderen. Gegeven de complexiteit van de materie en de wettelijke regeling geldt dit niet alleen voor het OM, maar voor alle actoren die een primaire uitvoeringstaak op dit gebied hebben. In dat opzicht verdient de instelling van een landelijk expertisecentrum ook bij andere actoren dan het OM navolging.

Overigens tekent de evaluatiecommissie hierbij wel aan dat de wenselijke centralisatie van kennis moet worden onderscheiden van de feitelijke uitvoering van de Wet Bopz. Centralisatie van de feitelijke uitvoering van de Wet Bopz stuit naar het oordeel van de evaluatiecommissie op een belangrijk bezwaar. Bij de uitvoering van een wettelijke regeling als de Wet Bopz is samenwerking met lokale en regionale instanties van groot belang. Een goed contact met de plaatselijke autoriteiten (gemeente, politie), de GGZ-instellingen en behandelaars, andere uitvoerders in de zorg (ambulance) en het sociale netwerk rond de psychiatrische patiënt (familie, buurt, werkgever of uitkeringsorganisatie) is nodig om ervoor zorg te dragen dat de psychiatrische patiënt adequaat begeleid wordt tijdens de opnemingsprocedure. De evaluatiecommissie gaat ervan uit dat een uitvoering op lokaal niveau ten goede komt aan een behoorlijke uitvoering van de wet. Bij centralisatie van de uitvoeringsfuncties bestaat het risico dat de aansluiting met de lokale instanties ontbreekt. Om deze reden staat de evaluatiecommissie terughoudend tegenover centralisatie van uitvoeringsfuncties.

Voor de verschillende actoren die bij de uitvoering van de Wet Bopz betrokken zijn, geldt dat de Bopz-taken slechts een onderdeel vormen van het totale takenpakket waarvoor zij verantwoordelijk zijn. Vanuit dit perspectief is het verklaarbaar dat de Bopz-taken niet bij alle actoren de aandacht krijgen die nodig is voor een goede uitvoering van de wet. De kwaliteit van de uitvoering van de wet zou een belangrijke impuls kunnen krijgen door centralisatie van taken en kennis.

Conclusie

In zijn algemeenheid is centralisatie van kennis bij uitvoeringsorganisaties een goed middel om de kwaliteit van de uitvoering te bevorderen. Het initiatief van het OM tot instelling van een landelijk expertisecentrum verdient ook bij andere uitvoeringsinstanties navolging.

Centralisatie van kennis moet nadrukkelijk worden onderscheiden van centralisatie van uitvoering van een wettelijke regeling als de Wet Bopz. Omdat aansluiting bij lokale instanties essentieel is voor een goede uitvoering van de wet, staat de evaluatiecommissie een terughoudende benadering voor waar het gaat om centralisatie van de uitvoering.

3.6 De complexiteit van de Wet Bopz

De huidige Wet Bopz wordt ervaren als een ingewikkelde wet. Deels houdt dit verband met de in de wet geregelde materie – het onderwerp vereist een zorgvuldigheid die ook tot uitdrukking dient te komen in de regels - maar deels kan dit verklaard worden door de vormgeving van de wet. De wet is zeer gedetailleerd en bevat veel kruisverwijzingen. Ook wordt de techniek van de vanovereenkomstige-toepassingverklaring veelvuldig toegepast. Dit maakt de wet naar het oordeel van de evaluatiecommissie onnodig complex; voor een niet geoefende lezer is de Wet Bopz nauwelijks te doorgronden. De complexiteit en ondoorzichtigheid van de wet wordt daarnaast vergroot doordat de uitvoerders ook te maken hebben met regels die voortvloeien uit bijvoorbeeld de Awb en de Wgbo. Ook is het de evaluatiecommissie gebleken dat bij diverse betrokkenen bij de wet (behandelaars, patiënten, familie, OM, rechters, geneesheer-directeuren, burgemeesters), als gevolg van de vormgeving, nog steeds onduidelijkheid bestaat over de reikwijdte en de bedoeling van de wet.

Om deze reden blijft de behoefte aan voorlichting over de wet groot. De overheid onderkent dit en heeft de afgelopen jaren verschillende initiatieven genomen om de voorlichting te intensiveren. Niettemin constateert de evaluatiecommissie dat er nog steeds onduidelijkheden over de wet bestaan en de geïntensiverde voorlichting onvoldoende effect heeft gesorteerd. Om deze reden meent de evaluatiecommissie dat het het overwegen waard is om de voorlichting op een andere wijze te organiseren. Thans informeert de overheid de verschillende uitvoerders van de wet afzonderlijk over de Wet Bopz. Niet alleen opereren het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Justitie niet altijd in gezamenlijkheid, ook het voorlichtingsmateriaal wordt doorgaans separaat naar de onderscheiden uitvoerders toegestuurd. Dit betekent dat de uitvoerders hun taken en bevoegdheden niet in onderlinge samenhang kunnen bezien, terwijl dit wel de effectiviteit van voorlichting kan vergroten. Op dit moment organiseren experts binnen de betrokken beroepsgroepen op beperkte schaal zelf in gezamenlijkheid voorlichting en bijscholing. Deze ontwikkeling juicht de evaluatiecommissie toe. Niettemin ziet de evaluatiecommissie hier ook een taak voor de overheid; zij is immers primair verantwoordelijk voor een adequate informatievoorziening over de wetgeving.

Om de voorlichting te verbeteren zou gedacht kunnen worden aan voorlichtingsbijeenkomsten, waarbij het ministerie van VWS en het ministerie van Justitie alle betrokken beroepsgroepen en andere uitvoerders van de wet gezamenlijk informeren over de wet en de wijzigingen daarvan. Dit geeft de verschillende actoren de gelegenheid om de taken en bevoegdheden in samenhang met verplichtingen en bevoegdheden van anderen te beschouwen. De evaluatiecommissie verwacht dat op deze wijze de uitvoering van de Wet Bopz zal verbeteren.

De evaluatiecommissie heeft zich ook de vraag gesteld of een ‘cosmetische ingreep’ alleen al omwille van de leesbaarheid het overwegen waard is. De evaluatiecommissie heeft deze vraag bevestigend beantwoord. Een zuivere vereenvoudiging van het wettelijk stelsel, los van inhoudelijke aanpassingen, kan de toegankelijkheid van de wet sterk verhogen; een wet die beter leesbaar is, is per definitie beter toegankelijk. Hierbij kan niet alleen worden gedacht aan het aanbrenge van wetstechnische verbeteringen, maar ook aan het terugbrengen van de hoge mate van gedetailleerdheid van de regels naar een lager niveau. De evaluatiecommissie veronderstelt dat een beter leesbare wet op zichzelf genomen de kwaliteit van de uitvoering van de wet al ten goede kan komen.

De complexiteit van de Wet Bopz wordt vergroot doordat de bestuursrechtelijke normen van de Awb eveneens van toepassing zijn. In het deelonderzoek *De Algemene wet bestuursrecht en de Wet Bopz* wordt terecht gesteld dat er alle redenen zijn om te veronderstellen dat niet alle bestuursorganen uit de Wet Bopz voldoende op de hoogte zijn van de Awb-verplichtingen. Met name van de zogenaamde b-organen, zoals de geneesheer-directeur en de voor de behandeling verantwoordelijke, kan niet worden verwacht, dat zij zonder meer hun weg kunnen vinden in de Awb. Dit verhoogt de kans op juridische ongelukken.⁴⁰ In het deelonderzoek *De Algemene wet bestuursrecht en de Wet Bopz* wordt daarom gepleit voor meer scholing, training en voorlichting over de toepasselijke Awb-normen.

In het deelonderzoek *De Algemene wet bestuursrecht en de Wet Bopz* wordt ook aandacht besteed aan het bijzondere karakter van de Wet Bopz dat, zoals bij het strafrecht en de vreemdelingenwetgeving, uitsluiting van de Awb zou kunnen rechtvaardigen.⁴¹ De eigenstandige positie van de Wet Bopz en het feit dat de Wet Bopz ziet op situaties waar sprake is van vergaande vrijheidsbeperkingen, kunnen worden aangevoerd als argumenten voor het buiten toepassing laten van de Awb. In de optiek van de onderzoeker zijn de problemen bij de uitvoering echter niet dermate groot dat uitsluiting van de Awb gerechtvaardigd is en zouden de voordelen van de toepasselijkheid van de Awb verloren gaan.⁴²

De evaluatiecommissie geeft in overweging om in een nieuwe wettelijke regeling de toepasselijkheid van de Awb uit te sluiten. De evaluatiecommissie ziet voordelen aan inclusie van alle toepasselijke normen binnen één wettelijke regeling boven intensieve scholing en voorlichting over het eveneens complexe stelsel van de Awb. Een heldere en allesomvattende regeling die het aantal grensgebieden reduceert, zou de leesbaarheid en bruikbaarheid van een nieuwe wettelijke regeling voor de uitvoerders van de wet sterk kunnen verbeteren.

40 Deel 5: De Algemene wet bestuursrecht en de Wet Bopz, § 4.2 en 4.5.

41 O.c., § 4.4.

42 O.c., § 4.4 en hoofdstuk 6.

Conclusie

De vormgeving van de Wet Bopz maakt de wet onnodig complex. Bij de diverse betrokkenen bij de wet (behandelaars, patiënten, familie, OM, rechters, geneesheer-directeuren, burgemeesters) bestaat nog steeds onduidelijkheid over de reikwijdte en de bedoeling van de wet. De intensivering van de voorlichting heeft onvoldoende effect gehad. De evaluatiecommissie meent dat het het overwegen waard is dat de ministeries van VWS en van Justitie de voorlichting in de toekomst in gezamenlijkheid en breder organiseren. Daarnaast vindt de evaluatiecommissie dat een zuivere vereenvoudiging van het wettelijke stelsel, los van inhoudelijke aanpassingen, het overwegen waard is. Hierbij kan niet alleen worden gedacht aan het aanbrengen van wetstechnische verbeteringen, maar ook aan het terugbrengen van de hoge mate van gedetailleerdheid van de regels naar een lager niveau. Mede gelet op de beperkte juridische kennis van de bij de uitvoering betrokken actoren, ziet de evaluatiecommissie voordelen aan inclusie van de Awb-normen in één wettelijke regeling.

Bijzonder deel

De externe rechtspositie

3.7 Het opnemingscriterium 'gevaar'

Zoals gezegd, kan de rechter een machtiging die strekt tot gedwongen opneming en verblijf alleen verlenen als de psychiatrische aandoening iemand gevaar doet veroorzaken, en het gevaar niet buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Een machtiging is nodig, als de desbetreffende persoon geen blijk geeft van de nodige bereidheid.⁴³

Het gevaarscriterium is restrictiever dan de in het EVRM besloten liggende eisen voor vrijheidsontneming. Het is vaste jurisprudentie van het EHRM dat vrijheidsontneming als bedoeld in artikel 5 EVRM alleen gerechtvaardigd is als:

1. op betrouwbare wijze een geestesstoornis is vastgesteld;
2. de stoornis zo ernstig is dat dwangopneming noodzakelijk is;
3. periodiek wordt beoordeeld of de stoornis nog steeds aanwezig is.⁴⁴

Hieruit volgt dat een (dreigende) gevaarssituatie geen voorwaarde is voor een gedwongen opneming. Het is zelfs niet ondenkbaar dat de enkele noodzaak van behandeling als opnemingscriterium de toets van artikel 5, eerste lid, EVRM zal

43 Artikel 2, Wet Bopz.

44 EHRM, 24 oktober 1979, Winterwerp tegen Nederland, NJ 1980/114, m.nt. EAA; deel 7: Internationale ontwikkelingen.

doorstaan.⁴⁵ Dit sluit aan bij het bestwil-criterium zoals dat onder de Krankzinnigenwet in zwang was.

De evaluatiecommissie heeft zich gebogen over de vraag of er aanleiding is om het gevaarscriterium te verruimen. De evaluatiecommissie constateert dat dit criterium een breed toepassingsbereik heeft. Dit blijkt reeds uit de (niet-limitatieve) opsomming van gevaar die bij de wet van 22 juni 2000, Stb. 292, is opgenomen in de begripsbepaling.⁴⁶ Deze opsomming is een weerspiegeling van de jurisprudentie over dit begrip. Niet alleen valt bijvoorbeeld suicidegevaar of het gevaar dat iemand een ander ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen onder het begrip gevaar, maar ook het gevaar dat iemand maatschappelijk te gronde gaat of met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen, valt hieronder.⁴⁷ Ook gevaar dat iemand een ander ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen of het gevaar dat iemand een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen, valt hieronder.⁴⁸ Verder is gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen inbegrepen in gevaar.⁴⁹

Ofschoon nog onduidelijkheid kan bestaan over de precieze invulling van de verschillende omschrijvingen, is helder dat de toepassing van het gevaarscriterium in bepaalde gevallen dezelfde uitkomst heeft als het bestwil-criterium in de Krankzinnigenwet. Afhankelijk van het geval kan het gevaarscriterium hetzelfde effect hebben als het bestwil-criterium.⁵⁰ Toch bestaat een wezenlijk verschil tussen beide criteria. Het gevaarscriterium legt in tegenstelling tot het bestwil-criterium een koppeling met (de dreiging van) openbaring van gevaar. Dit impliceert de mogelijkheid tot externe toetsing, terwijl het bestwil-criterium dit ontbeert. Anders gezegd, het gevaarscriterium maakt een objectieve toetsing mogelijk, terwijl het bestwil-criterium tot een louter subjectieve invulling kan leiden. Dit geldt ook voor een criterium dat betrekking heeft op de noodzaak van behandeling. Ook dit begrip is moeilijker dan het begrip gevaar te objectiveren. Dit maakt rechterlijke toetsing uiterst lastig, zo niet onmogelijk. Hoe kan immers de noodzaak van behandeling worden geobjectiveerd? De evaluatiecommissie vindt dit een belangrijk bezwaar van een criterium dat geen betrekking heeft op externe factoren.

De evaluatiecommissie is van mening dat het aanbeveling verdient om in de Wet Bopz of een nieuwe regeling het gevaarscriterium voor gedwongen opneming te handhaven. Naar het oordeel van de evaluatiecommissie biedt het gevaarscriterium voor de praktijk een bevredigend toetsingskader. Indien de wetgever een ander criterium overweegt, zal gezocht moeten worden naar een criterium dat objectieve

45 Zie deel 7: Internationale ontwikkelingen, §3.2.

46 Artikel 1, eerste lid, onderdeel f, Wet Bopz.

47 Artikel 1, eerste lid, subonderdeel 1, b en d, Wet Bopz.

48 Artikel 1, eerste lid, subonderdeel 2, a en c, Wet Bopz.

49 Artikel 1, eerste lid, subonderdeel 3, Wet Bopz.

50 Zie ook Schoevers, Stikker, Van de Ven-Dijkman & Sikkens (2006).

toetsing mogelijk maakt. Hierbij zou bijvoorbeeld gedacht kunnen worden aan het 'ernstig nadeel-criterium' dat in artikel 7:465, zesde lid, BW wordt gehanteerd. De evaluatiecommissie wijst erop dat een groot voordeel van het handhaven van het huidige gevaarscriterium is dat de in de praktijk en jurisprudentie bereikte duidelijkheid over de toepassing van het gevaarscriterium behouden blijft. De introductie van een nieuw criterium zal een intensieve en langdurige voorlichtingscampagne vergen om tot een eenduidige interpretatie en toepassing in de praktijk te komen. De ontwikkeling van jurisprudentie over het nieuwe criterium zal eveneens enkele jaren in beslag nemen.

Conclusie

Het EVRM verlangt objectieve toetsing van de medische noodzaak tot vrijheidsontneming. De Wet Bopz of een nieuwe regeling dient daarom een opnemingscriterium te bevatten dat objectieve toetsing mogelijk maakt. De evaluatiecommissie acht het handhaven van het huidige gevaarscriterium wenselijk omdat daardoor de duidelijkheid die in de praktijk en jurisprudentie is ontstaan, behouden blijft.

3.8 De geneeskundige verklaring

Op grond van de huidige Wet Bopz kan de rechter op verzoek van de officier van justitie een machtiging verlenen om een persoon met een psychiatrische aandoening te laten opnemen en verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis. Een machtiging kan alleen worden verleend als de betrokkene als gevolg van zijn stoornis gevaar veroorzaakt, welk gevaar niet buiten het psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Een machtiging is nodig als de patiënt geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opneming en verblijf. Familie of wettelijke vertegenwoordigers (genoemd in artikel 4 Wet Bopz) kunnen de officier verzoeken om een verzoek bij de rechter tot het afgeven van een machtiging in te dienen. Ook kan de officier ambtshalve een dergelijk verzoek doen. In alle gevallen heeft de officier een geneeskundige verklaring nodig van een onafhankelijke psychiater die de betrokken patiënt kort tevoren heeft onderzocht. De geneeskundige verklaring moet inzicht verschaffen over de actuele situatie van de betrokken patiënt. Zij moet de rechter de gegevens verschaffen die hij nodig heeft om het bestaan van een stoornis van de geestvermogens, het gevaar en het causale verband daartussen te kunnen vaststellen. De geneeskundige verklaring moet worden ingericht volgens een bij ministeriële regeling vastgesteld model.

Voor alle opnemingsstitels die de Wet Bopz kent (voorlopige machtiging, voorwaardelijke machtiging, observatiemachtiging, machtiging tot voortgezet verblijf, last tot lbs, machtiging tot voortzetting lbs, machtiging tot vrijwillig verblijf), zijn afzonderlijke modellen vastgesteld.⁵¹

51

Zie de regeling van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 oktober 2003 houdende vaststelling van modellen Bopz (Stcrt. 217).

De nu geldende regeling brengt met zich mee dat de familie, de wettelijke vertegenwoordigers of de officier met lege handen staan wanneer de psychiater besluit om geen geneeskundige verklaring af te geven. Zonder geneeskundige verklaring is het niet mogelijk om een rechterlijke machtiging te verkrijgen. In feite betekent de weigering om een geneeskundige verklaring af te geven, dat de weg is afgesloten om iemand gedwongen te kunnen laten opnemen.

De beslissing van de psychiater om geen geneeskundige verklaring af te geven, is krachtens de Wet Bopz niet afzonderlijk toetsbaar. De Wet Bopz bevat niet de mogelijkheid om het besluit om geen geneeskundige verklaring af te geven, aan de rechter voor te leggen. Dit wordt door onder andere de familieorganisaties als zeer onbevredigend ervaren.

De evaluatiecommissie heeft onderzocht of dit heroverweging verdient. Zij heeft daartoe nader bezien op welke gronden de onafhankelijke psychiater kan afzien van het afgeven van een geneeskundige verklaring. De psychiater kan daartoe bijvoorbeeld besluiten op basis van zijn oordeel dat:

- de patiënt niet lijdt aan een geestesstoornis;
- er geen sprake is van gevaar in de zin van de Wet Bopz;
- er geen causaal verband bestaat tussen het gevaar en de stoornis; of dat
- het gevaar op een andere wijze dan voorzien met de machtiging kan of moet worden afgewend.

Naar het oordeel van de evaluatiecommissie kunnen deze gronden worden onderscheiden in criteria die terug te voeren zijn op medische oordelen (zie de twee eerstgenoemde) en criteria die ook raken aan de juridische toets die bij de Wet Bopz (exclusief) is toebedeeld aan het OM en de rechter. Dit herbergt het risico in zich dat de psychiater feitelijk in de positie komt waarin hij op de stoel van het OM of de rechter gaat zitten. De evaluatiecommissie acht het zuiverder dat de psychiater zich in de geneeskundige verklaring beperkt tot een medisch oordeel over de psychische gesteldheid van de onderzochte persoon. Het oordeel of er sprake is van gevaar en over de causaliteit tussen de stoornis en het gevaar dient niet noodzakelijkerwijs al in de geneeskundige verklaring te worden gegeven. De beoordeling van het gevaar dat betrokkene heeft veroorzaakt zou niet primair en exclusief bij de psychiater moeten worden gelegd. Bij gevaar voor de persoon zelf als gevolg van bijvoorbeeld anorexia of suïcidialiteit zal de beoordeling van het gevaar tot het domein van de psychiater behoren. Indien het gevaar voor derden betreft zal de beoordeling door de rechter of het OM kunnen plaatsvinden op grond van informatie in de politieregisters. Om tot een goede beoordeling van het gevaar te komen, is het van belang dat de psychiater inzicht heeft in de eventuele meldingen over de betrokkene die in de politieregisters zijn opgenomen. De psychiater beschikt echter niet over een wettelijke mogelijkheid om deze gegevens in te zien. Het OM daarentegen kan wel voor de uitvoering van zijn wettelijke taken de politieregisters raadplegen.

Ten behoeve van een goede inschatting van het gevaar zou onderzoek naar de ontwikkeling van objectieve standaarden kunnen worden gestimuleerd. Onderzocht zou moeten worden of deze standaarden, zoals risicotaxatie-instrumenten, van toegevoegde waarde kunnen zijn bij de beoordeling van het gevaar.

De evaluatiecommissie beschouwt de beoordeling van de causaliteit als een gedeelde verantwoordelijkheid voor de psychiater en de rechter. De psychiater zal zich in ieder geval in de geneeskundige verklaring moeten uitspreken over de causaliteit tussen de stoornis en het gevaar. Daarnaast zal de rechter ook zonedig tot een eigen beoordeling van de causaliteit moeten komen.

De vraag naar aanvullende rechtsbescherming bij het niet afgeven van een geneeskundige verklaring roept de vraag op of de huidige wetgeving hier al niet in voorziet. Het lijkt de evaluatiecommissie denkbaar dat een beslissing tot het niet afgeven van een verklaring reeds uit hoofde van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet Big) toetsbaar is in het kader van de verplichting tot het bieden van verantwoorde zorg.⁵² Dit zou betekenen dat een psychiater die desgevraagd geen geneeskundige verklaring afgeeft, zich hiervoor tuchtrechtelijk moet kunnen verantwoorden. In een tuchtrechtelijke procedure staat het medisch handelen van de psychiater ter discussie, maar is geen sprake van een directe toetsing van het besluit aan de wettelijke criteria.

De procedure kan dan ook geen uitspraak opleveren die strekt tot handhaving of vernietiging van het besluit.

Terugvallen op het tuchtrecht lijkt de evaluatiecommissie dan ook niet de weg die zou moeten worden bewandeld. Bovendien verdient het ook uit oogpunt van eenheid van rechtsbescherming aanbeveling om aansluiting te zoeken bij het rechtsbeschermingsstelsel van de Wet Bopz. Binnen het bestaande stelsel past de mogelijkheid van een laagdrempelige toegang tot de rechter op dit punt, bij het uitgangspunt dat het uiteindelijk aan de rechter is om te beoordelen of voldaan is aan de criteria voor gedwongen opnemng.

De evaluatiecommissie is op basis van het voorgaande van mening dat een onafhankelijke psychiater op het verzoek van een regionale instantie belast met crisisinterventies (bijvoorbeeld GGD of GGZ), een onderzoek inzet en een verklaring afgeeft, ook als hij een gedwongen opnemng niet geïndiceerd acht. Deze verklaring zou, anders dan thans het geval is, niet de conclusie behoeven in te houden dat betrokkenen een psychiatrische aandoening heeft die hem gevaar doet veroorzaken. In het geval hij geen indicaties ziet voor een gedwongen opnemng, zou hij de

redenen daarvoor gemotiveerd in de geneeskundige verklaring moeten aangeven. Daarmee krijgt de huidige geneeskundige verklaring een ander karakter. Op deze wijze wordt rechterlijke toetsing ook mogelijk in die gevallen waarin thans geen geneeskundige verklaring wordt afgegeven. De evaluatiecommissie beseft dat opening van de mogelijkheid van rechterlijke toetsing gevolgen kan hebben voor de belasting van de rechterlijke macht. Niettemin meent de evaluatiecommissie dat dit nadeel uitdrukkelijk moet worden afgewogen tegen het voordeel van de introductie van rechtsbescherming op dit punt en de daaraan gevoelde behoefte bij belanghebbenden.

Voorts meent de evaluatiecommissie dat het aanbeveling verdient om één model voor een geneeskundige verklaring te ontwikkelen. Voor de verschillende machtigingen zijn afzonderlijke modellen vastgesteld. Afhankelijk van de te verzoeken machtiging, moet één van de modellen voor een geneeskundige verklaring worden gebruikt. De modellen zijn ingericht naar de criteria die gelden voor de te onderscheiden machtigingen. In de praktijk blijkt het regelmatig voor te komen dat verkeerde modellen worden gebruikt. Dit leidt tot vormfouten in de procedure, hetgeen ten minste leidt tot vertraging van de procedure. Dergelijke vervelende consequenties kunnen worden voorkomen door te werken met één geïntegreerd model voor een geneeskundige verklaring

Los van de vormgeving van de geneeskundige verklaring, signaleert de evaluatiecommissie dat het opstellen van de geneeskundige verklaring thans alleen betrokkenheid vereist van de onafhankelijke psychiater. Het is weliswaar zo dat de gehanteerde modellen ruimte laten voor de invuller om ook bevindingen van anderen mee te laten wegen, maar anderen hebben hierin geen zelfstandige inbreng. Dit acht de commissie ongewenst. Om de officier van justitie en de rechter de gelegenheid te geven zich een totaalbeeld te vormen van de situatie van de patiënt, is het wenselijk dat in elk geval de mening van de behandelend psychiater tot uitdrukking komt in de geneeskundige verklaring. De mening van naasten, voor zover zij betrokken zijn bij de patiënt, zou ter informatie van de officier van justitie en de rechter bij de geneeskundige verklaring kunnen worden gevoegd.

Conclusie

De beslissing van de psychiater om geen geneeskundige verklaring af te geven, is krachtens de Wet Bopz niet afzonderlijk toetsbaar. De Wet Bopz bevat niet de mogelijkheid om het besluit om geen geneeskundige verklaring af te geven, aan het OM en de rechter voor te leggen. Omdat de weigering om een geneeskundige verklaring af te geven ook kan geschieden op juridische gronden, die uiteindelijk door de rechter moeten worden beoordeeld, vindt de evaluatiecommissie dat dit heroverweging verdient. De evaluatiecommissie is van mening dat een psychiater op een redelijk verzoek een geneeskundige verklaring zal moeten afgeven, ook als hij een gedwongen opname niet geïndiceerd acht. In het geval dat hij geen indicaties

ziet voor een gedwongen opneming, zou hij de redenen daarvoor gemotiveerd in de geneeskundige verklaring moeten aangeven. Op deze wijze wordt rechterlijke toetsing ook mogelijk in die gevallen waarin thans geen geneeskundige verklaring wordt afgegeven. Voorts vindt de evaluatiecommissie dat moet worden onderzocht of één model voor een geneeskundige verklaring kan worden ontwikkeld. Ook is het wenselijk dat niet alleen het oordeel van de onafhankelijke psychiater, maar ook de mening van de behandelend psychiater tot uitdrukking kan komen in de geneeskundige verklaring. De mening van naasten, voor zover zij betrokken zijn bij de patiënt, zou ter informatie van de officier van justitie en de rechter bij de geneeskundige verklaring kunnen worden gevoegd.

3.9 Het bereidheidscriterium

In het huidige systeem van de Wet Bopz is een machtiging nodig als de desbetreffende persoon geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opneming in een psychiatrisch ziekenhuis.⁵³ Het bereidheidscriterium houdt in dat een rechterlijke machtiging ook nodig is, wanneer iemand zich niet verzet tegen opneming, maar evenmin hiermee instemt. Er wordt simpelweg geen blijk gegeven van bereidheid, maar er is evenmin sprake van verzet tegen de opneming. Hoewel de wet spreekt van verzet wordt in het algemeen gesproken van 'geen bereidheid- geen bezwaar' (gbbg). Dit verschilt van de Krankzinnigenwet, op grond waarvan een rechterlijke machtiging slechts nodig was als iemand zich tegen opneming verzette.

De achtergrond van de wijziging was dat alleen bij een positieve wilsverklaring zeker is dat de patiënt met de opneming instemt en dat ook alleen dan zeker is dat sprake is van een vrijwillige opneming. De wetgever heeft er nadrukkelijk voor gekozen om de noodzaak tot opneming van een psychiatrische patiënt die daar niet mee instemt, maar zich daar ook niet tegen verzet, te laten toetsen door de rechter. De toetsingscriteria zijn daarbij evenzeer een stoornis van de geestvermogens, gevaar en causaal verband daartussen. Het systeem in de Wet Bopz brengt met zich mee dat van een vrijwillige opneming van een psychiatrisch patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis, alleen sprake is als de patiënt zich uitdrukkelijk bereid verklaart tot opneming. Anders gezegd: om een opneming in een psychiatrisch ziekenhuis waaraan geen rechterlijke machtiging ten grondslag ligt, rechtmatig te doen zijn, is het voldoende dat de patiënt blijk geeft van de nodige bereidheid. De wet spreekt nadrukkelijk van 'de nodige bereidheid'. Dit betekent dat de rechter ter zitting moet toetsen of de uitgesproken bereidverklaring voldoende reëel is om een vrijwillige opneming te bewerkstelligen. Zo niet, dan is voor de opneming een machtiging vereist. Ten aanzien van de opneming van psychogeriatrische patiënten in een verpleeginrichting en van verstandelijk gehandicapten in, die in de Wet Bopz nog zeer achterhaald

worden genoemd, een zwakzinnigeninrichting, is overigens een andere systematiek gekozen. Binnen de groep patiënten die op deze zorgvoorzieningen zijn aangewezen, komen veel mensen voor die niet meer in staat zijn tot het tonen van de nodige bereidheid tot opnemning. Vrijwel direct na de aanvaarding van het voorstel van Wet Bopz door de Tweede Kamer kwam er kritiek op het wetsvoorstel, te weten dat het bereidheidscriterium zou leiden tot een enorme toename van het aantal patiënten waarvoor het machtigingsvereiste zou gaan gelden. De conclusie was dat de daarmee gepaard gaande stijging van de werklast van de rechterlijke macht onaanvaardbaar was, hoewel deze consequentie tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel ook door het kabinet nog voor lief genomen was.

Met name deze stijgende werklast was aanleiding voor de indiening van een novelle, die overigens jaren op zich liet wachten. De novelle hield onder meer in dat voor opnemning van een psychogeriatrische patiënt in een verpleeginrichting en van een verstandelijk gehandicapte in een zwakzinnigeninrichting, een machtiging nodig was als betrokkene zich tegen de opnemning of het verblijf verzette. Overigens werd de redenering volgehouden dat zonder uitgesproken bereidheid de vrijwilligheid van een opnemning niet kon worden vastgesteld. Dit was aanleiding voor de Raad van State om in zijn advies op te werpen dat het EVRM voor een niet-vrijwillige opnemning een zorgvuldige besluitvormingsprocedure door een onafhankelijke instantie voorschrijft, die de noodzaak van de opnemning moet beoordelen. Aldus kwam voor de gbgb-groep de indicatie procedure in de novelle. Voor de psychiatrie werd het bereidheidscriterium bewust gehandhaafd. Het aantal patiënten dat in de psychiatrie onder het verzetscriterium zou komen te vallen, werd te gering geacht om een aparte procedure met een speciaal op te tuigen commissie te rechtvaardigen.

De evaluatiecommissie acht het vanuit het perspectief van de zorg onbevredigend dat gbgb-patiënten alleen kunnen worden opgenomen als hun stoornis gevaar veroorzaakt, terwijl zij zeer gebaat kunnen zijn met een opnemning en behandeling. Degene die het betreft, blijft dan zonder zorg, ook als hij, zonder daarvan blijkt te geven, bereid zou zijn om zich te laten opnemen.⁵⁴ Tegelijkertijd beseft de evaluatiecommissie dat een persoon die zich niet verzet tegen opnemning, niet zonder meer gelijk kan worden gesteld aan een persoon die hiermee nadrukkelijk instemt. Met het huidige bereidheidscriterium wordt voorkomen dat iemand die zich niet verzet, tegen zijn zin zonder voorafgaande toetsing wordt opgenomen. Het bereidheidscriterium waarborgt in die zin een grotere rechtsbescherming.

Het zonder meer laten vervallen van het bereidheidscriterium lijkt de evaluatiecommissie, gezien de daaruit volgende gebrekkige rechtsbescherming, niet gewenst.

De begeleidingscommissie van de tweede evaluatie formuleerde in dit verband een aantal voorwaarden waarin een nieuwe regeling zou moeten voorzien. De evaluatiecommissie doet de aanbeveling om deze voorwaarden te betrekken bij een nieuwe regeling en verwijst tevens naar de aanvullende voorwaarden die zijn geformuleerd vanuit het perspectief van het EHRM.⁵⁵ Ook kan worden verwezen naar de opmerkingen terzake in het deelonderzoek *Internationale ontwikkelingen* in paragraaf 3.2.2.

Conclusie

De evaluatiecommissie acht het vanuit het perspectief van de zorg onbevredigend dat gbgp-patiënten alleen kunnen worden opgenomen als hun stoornis gevaar veroorzaakt, terwijl zij zeer gebaat kunnen zijn met een opname en behandeling. Degene die het betreft, blijft dan zonder zorg, ook als hij, zonder daarvan blijkt te geven, bereid zou zijn om zich te laten opnemen. Het zonder meer laten vervallen van het bereidheidscriterium lijkt de evaluatiecommissie, gezien de daaruit volgende gebrekkige rechtsbescherming, niet gewenst.

De evaluatiecommissie doet de aanbeveling om de voorwaarden die reeds bij de tweede evaluatie van de Wet Bopz zijn geformuleerd te betrekken bij een nieuwe regeling, tezamen met de aanvullende voorwaarden vanuit het perspectief van het EHRM.

3.10 Crisisopvang

Voordat er tot een gedwongen opname wordt besloten, zal er in veel gevallen sprake zijn van een crisissituatie. Een dergelijke crisis kan zich voordoen in de thuissituatie, de publieke ruimte of in een ziekenhuis tijdens de behandeling van somatische klachten. In die situaties is niet altijd duidelijk welke wettelijke mogelijkheden er zijn om dwang toe te passen teneinde de acute crisis het hoofd te bieden, in afwachting van een nader onderzoek door een psychiater of de afhandeling van de aanvraag van een lbs. De evaluatiecommissie heeft geconstateerd dat er bij de acute crisisopvang sprake is van een wettelijk vacuüm door het ontbreken van een regeling terzake.

De Wet Bopz bepaalt niets over de rol van de politie of andere instellingen in het traject voorafgaand aan de afgifte van de inbewaringstelling. Dit levert juridisch en praktisch regelmatig problemen op bij patiënten die zich in een crisissituatie bevinden, en in afwachting van de lbs moeten worden vervoerd naar een politiecel of een andere ruimte voor nader onderzoek, zoals bijvoorbeeld een screeningsruimte. Vaak dient aldaar een medische behandeling te worden ondergaan.

Verschillende organisaties en personen hebben hieraan tijdens gesprekken met de evaluatiecommissie gerefereerd. Ook blijken deze problemen uit het deelonderzoek *Grensgebieden van de Wet Bopz*.

De betrokkenheid van de politie is in de Wet Bopz geregeld vanaf de afgifte van de lbs. De politie is ingevolge artikel 20, vierde lid, Wet Bopz betrokken bij de uitvoering van de last tot lbs van de burgemeester. Krachtens artikel 20, vierde lid, Wet Bopz, draagt de burgemeester de uitvoering van de last tot lbs op aan de politie, die zich voorziet van de bijstand van een of meer personen met kennis van de zorg voor personen met een psychiatrische aandoening. Deze taak van de politie sluit aan bij haar taak zoals beschreven in de Politiewet 1993.

De evaluatiecommissie maakt in het navolgende een onderscheid tussen vervoer onder dwang en gedwongen verblijf in bijvoorbeeld een politiecel of een andere ruimte.

Gedwongen vervoer is een vorm van vrijheidsbeneming. De huidige wetgeving bevat geen bevoegdheid voor de politie of andere instelling om iemand, voorafgaand aan de afgifte van de lbs, onder dwang te vervoeren. Artikel 2 Politiewet 1993 biedt weliswaar de grondslag voor het nemen van maatregelen ter handhaving van de openbare orde, maar dit artikel bevat geen wettelijke bevoegdheid tot vrijheidsbeneming. Uit de uitvoeringsregelgeving volgt dat de politie iemand die voor een lbs in aanmerking komt, moet overdragen aan het eigen zorgkader of het politiebureau.⁵⁶ Hieruit kan echter geen wettelijke bevoegdheid worden afgeleid voor het opleggen van gedwongen vervoer. Als in afwachting van de afgifte van een lbs vervoer onder dwang plaatsvindt, kan dat onder omstandigheden worden gerechtvaardigd door buitenwettelijk noodrecht. Echter, buitenwettelijk noodrecht is bedoeld voor incidentele gevallen en kan niet dienen ter legitimatie van een algemeen heersende beleidslijn. Bovendien verzet het belang van de rechtszekerheid zich hiertegen. De evaluatiecommissie ziet hier dan ook een leemte in de Wet Bopz.

Gedwongen verblijf geldt evenzeer als een vorm van vrijheidsbeneming. Hiervoor biedt artikel 2 Politiewet 1993 evenmin een grondslag. Ook de Gemeentewet kent geen bepaling die hiervoor kan worden gebruikt. Daar komt bij dat de Politiewet 1993 en de Gemeentewet niet primair een kader bieden voor dwang met het oog op (medische) hulpverlening. Ook hier geldt dat een gedwongen verblijf onder omstandigheden kan worden gerechtvaardigd door buitenwettelijk noodrecht. Echter, het bovenbedoelde bezwaar geldt hier evenzeer. Buitenwettelijk noodrecht kan geen oplossing bieden voor een (min of meer) structurele situatie. De evaluatiecommissie trekt dan ook de conclusie dat ook op dit punt de Wet Bopz gebrekkig is.

Deze conclusie beperkt zich overigens niet alleen tot situaties waarin de politie moet interveniëren. In de praktijk doen zich soortgelijke problemen voor bij personen die in een psychische crisis raken tijdens de behandeling van een somatische aandoening in een algemeen ziekenhuis.

Het verdient naar het oordeel van de evaluatiecommissie aanbeveling een aanvullende regeling over vrijheidsbeneming, gedwongen vervoer en gedwongen verblijf voorafgaand aan de afgifte van de lbs, in de Wet Bopz of een nieuwe regeling op te nemen.

Bij de vormgeving van een deze aanvullende regeling zal niet alleen aandacht moeten worden besteed aan het traject voorafgaand aan de lbs, maar tevens aan het traject nadat het verzoek tot afgifte van een lbs niet is gehonoreerd. In de praktijk is het vervoer vanuit de politiecel of screeningsruimte terug naar huis, of de plaats waar betrokkene van de straat is gehaald, niet geregeld. In de aanvullende regeling zal duidelijkheid moeten worden verschaft over de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende actoren op dit punt.

Conclusie

De Wet Bopz bevat geen regeling voor gedwongen vervoer naar en gedwongen verblijf in bijvoorbeeld een politiecel van een psychiatrische patiënt in afwachting van de afgifte van een lbs. Dit levert regelmatig problemen op in crisissituaties. Gedwongen vervoer en gedwongen verblijf kunnen onder omstandigheden worden gerechtvaardigd door buitenwettelijk noodrecht. Echter, buitenwettelijk noodrecht kan niet dienen als grondslag voor gevallen van vrijheidsbeneming die niet louter incidenteel zijn. Het verdient aanbeveling een aanvullende regeling op dit punt in de Wet Bopz of een nieuwe regeling op te nemen.

De interne rechtspositie

3.11 Huisregels

De huisregels spelen een belangrijke rol bij de interne rechtspositie van de patiënt. De Wet Bopz bepaalt dat de patiënt schriftelijk op de hoogte dient te worden gebracht van de huisregels, maar bevat geen nadere criteria voor de huisregels. In het Besluit rechtspositieregelingen Bopz is uitgewerkt dat de huisregels beperkt moeten blijven tot regels die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in het psychiatrische ziekenhuis. De vrijheid van handelen van de patiënt mag niet verder worden beperkt dan voor een dergelijke gang van zaken nodig is. Uit de onderzoeken ten behoeve van de tweede evaluatie is naar voren gekomen dat er in de huisregels ten onrechte vrijheidsbeperkingen en sancties werden opgenomen. Maatregelen betreffende een individuele patiënt behoren echter niet thuis in de huisregels, maar in het individuele behandelingsplan.

De huidige regeling, die bepaalt dat huisregels slechts regels mogen bevatten die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in het psychiatrische ziekenhuis, wordt zowel in de KJP als in de forensische psychiatrie als te beperkt ervaren. Er bestaat behoefte aan uitbreiding van de mogelijkheden om de vrijheid van de patiënten te beperken. Het gaat daarbij zowel om regels die nodig zijn om de veiligheid op de afdeling te waarborgen als om het veilig stellen van een goed therapeutisch klimaat. In de praktijk bestaat de behoefte om in het kader van het therapeutische klimaat op specifieke afdelingen alcohol en drugs te verbieden. Bij de instellingen bestaat veel onduidelijkheid over de vraag of een alcohol- of drugsverbod in de huisregels mag worden opgenomen of dat een dergelijk verbod moet worden opgenomen in het behandelingsplan. De evaluatiecommissie acht het wenselijk om de regeling voor de huisregels te verruimen. De huisregels zouden ook regels moet kunnen bevatten om het therapeutisch klimaat en de veiligheid binnen de afdeling te waarborgen. Overigens zal wel steeds moeten gelden dat de beperkingen niet verder mogen gaan dan gezien het gerechtvaardigde doel noodzakelijk en proportioneel is. De evaluatiecommissie acht het wenselijk dat door de koepels modellen voor huisregels in de verschillende sectoren worden ontwikkeld, teneinde willekeur en grote ongelijkheid tussen de instellingen bij het opstellen van de huisregels te voorkomen.

Conclusie

De huidige uitvoeringsregeling die bepaalt dat huisregels slechts regels mogen bevatten die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in het psychiatrische ziekenhuis, wordt in het bijzonder in de KJP als te beperkt ervaren. De evaluatiecommissie acht het wenselijk om de regeling voor de huisregels te verruimen. De huisregels zouden ook regels moet kunnen bevatten om het therapeutisch klimaat en de veiligheid binnen de afdeling te waarborgen, mits die noodzakelijk en proportioneel zijn. De evaluatiecommissie acht het wenselijk dat de koepels modellen voor huisregels ontwikkelen.

3.12 Klachtrecht

Het klachtrecht in de Wet Bopz bestaat in grote lijnen uit de mogelijkheid om een patiëntvertrouwenspersoon (pvp) in te schakelen en het initiëren van een formele klachtprocedure op grond van artikel 41 tegen de daargenoemde voor de patiënt ingrijpende beslissingen. Zoals bij de bespreking van de positie van verschillende actoren reeds is opgemerkt, draagt de pvp in belangrijke mate bij aan het naar behoren functioneren van het klachtrecht van de Wet Bopz. De inschakeling van de pvp leidt ertoe dat problemen door de betrokkenen zelf op een effectieve manier kunnen worden opgelost, en beperkt het aantal gevallen waarin een klachtprocedure op grond van artikel 41 wordt gestart. Het aantal klachtprocedures is overigens ook beperkt doordat een artikel 41-procedure door sommige patiënten als een te hoge drempel wordt ervaren.

Bij de tweede evaluatie is de aanbeveling gedaan om eisen te stellen aan de deskundigheid van de leden van een klachtencommissie. Naar aanleiding van deze aanbeveling heeft het kabinet voorgesteld om door middel van clustering van de klachtencommissies de kwaliteit te bevorderen. Het Besluit klachtenbehandeling Bopz is daarnaast zodanig aangepast dat de voorzitter van de klachtencommissie onafhankelijk dient te zijn. Naar het oordeel van de evaluatiecommissie zijn er nog steeds indicaties dat de deskundigheid van de klachtencommissies in een aantal gevallen te wensen overlaat. In de toekomst zal het belang van een kwalitatief goede klachtencommissie naar het oordeel van de evaluatiecommissie verder toenemen. Het wetsvoorstel ter verruiming dwangbehandeling en uitbreiding voorwaardelijke machtiging dat op 15 februari 2007 door de Tweede Kamer is aanvaard, verruimt de mogelijkheden om dwang tegen wil van de patiënt toe te passen.⁵⁷ De evaluatiecommissie verwacht dat het aantal artikel 41-procedures daardoor zal toenemen. De verruiming van de dwangmogelijkheden vergt des te meer een adequate rechtsbescherming voor de patiënt. De deskundigheid van de klachtencommissie dient daarom in alle gevallen boven alle twijfel verheven te zijn. Het bestuur van de instellingen dient naar het oordeel van de evaluatiecommissie nauwkeuriger dan thans het geval is, toe te zien op de deskundigheid en de kwaliteit van de uitspraken van de klachtencommissies.

De tweede evaluatiecommissie constateerde het probleem dat de informatieverstrekking aan patiënten over het klachtrecht gebrekkig is. De commissie deed onder andere de aanbeveling om in geval van een klachtwaardige beslissing, de patiënt schriftelijk te informeren over de aanleiding voor de beslissing en de mogelijkheid om een patiëntvertrouwenspersoon of de klachtencommissie in te schakelen. Het kabinet heeft toegezegd deze aanbeveling over te nemen, maar heeft hieraan geen uitvoering gegeven. Bij de plenaire behandeling in de Tweede Kamer van het wetsvoorstel ter verruiming dwangbehandeling en uitbreiding voorwaardelijke machtiging, heeft de minister van VWS echter een amendement van de leden Vendrik en Koser Kaya⁵⁸ overgenomen dat voorziet in de door de tweede evaluatiecommissie gevraagde uitbreiding van het klachtrecht op dit punt.⁵⁹ De evaluatiecommissie constateert overigens als trend dat het voornemen tot toepassing van dwang in toenemende mate vroegtijdig aan de patiënt wordt gemeld. Hierdoor kan de noodzaak tot het starten van klachtprocedures worden verminderd. De evaluatiecommissie juicht deze ontwikkeling dan ook toe.

De tweede evaluatie bevatte de aanbeveling dat de overheid zich terdege nader behoort te beraden over een beroepsmogelijkheid voor aangeklaagden in de artikel 41-procedure. Het kabinet heeft gelet op het doel van de klachtregeling – een

57 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 250.

58 Kamerstukken II, vergaderjaar 2006-2007, 30 492, nr. 13.

59 Kamerstukken II, vergaderjaar 2006-2007, Handelingen nr. 36, pp. 2276-2315.

laagdrempelige rechtsbeschermingsregeling bij ernstige inbreuken op de vrijheden van patiënten – besloten af te zien van een dergelijke beroepsmogelijkheid. Het ontbreken van de mogelijkheid voor een aangeklaagde instelling of behandelaar om in beroep te gaan, wordt vanuit de beroepsgroep van de psychiaters echter als een blijvende onevenwichtigheid ervaren. De evaluatiecommissie acht het wenselijk dat bij het ontwerpen van een nieuwe regeling de mogelijkheid van een beroepsmogelijkheid voor aangeklaagden opnieuw in overweging wordt genomen. Naar het oordeel van de evaluatiecommissie zou deze onevenwichtigheid zich in mindere mate laten voelen indien de kwaliteit van de uitspraken van de klachtencommissies boven alle twijfel verheven zou zijn.

Conclusie

Het klachtrecht van de Wet Bopz functioneert, mede door de positieve bijdrage van de patiëntenvertrouwenspersoon, naar behoren. De deskundigheid en kwaliteit van de klachtencommissies blijft in de praktijk echter een punt van zorg. Gelet op de voorgestelde verruiming van de mogelijkheden voor dwangbehandeling dienen de instellingen de kwaliteit van de klachtencommissie te bevorderen. Het ontbreken van de mogelijkheid voor een aangeklaagde instelling of behandelaar om in beroep te gaan, wordt vanuit de beroepsgroep van de psychiaters nog steeds als een onevenwichtigheid ervaren. De trend dat het voornemen tot toepassing van dwang in toenemende mate vroegtijdig aan de patiënt wordt gemeld, verdient volgens de evaluatiecommissie brede navolging.

Overige onderwerpen

3.13 Forensische psychiatrie

In dit deel gaat de evaluatiecommissie nader in op de rechtspositie van forensisch psychiatrische patiënten in relatie tot de Wet Bopz. Achter de term forensisch psychiatrische patiënt gaan verschillende categorieën van patiënten schuil. De evaluatiecommissie heeft met dit begrip de volgende categorieën op het oog.

1. In de eerste plaats gaat het om patiënten in Bopz-aangemerkte instellingen wier vrijheid hen door de strafrechter is ontnomen, en op wie de rechtspositieregels van de Wet Bopz (gedeeltelijk) van toepassing zijn. Globaal gaat het om de volgende groepen van patiënten:
 - personen aan wie een strafbaar feit ‘wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens’ niet kan worden toegerekend, en die door de strafrechter in een psychiatrisch ziekenhuis worden geplaatst (de ‘artikel 37 Sr-groep’);
 - gedetineerden, volwassenen en jeugdigen, die vanuit het gevangeniswezen of een justitiële jeugdinrichting (JJI) worden geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis in verband met een psychiatrische aandoening;

- personen ten aanzien van wie de strafrechter de maatregel TBS inclusief het bevel tot dwangverpleging heeft uitgesproken, waarbij dit bevel ten uitvoer wordt gelegd in een psychiatrisch ziekenhuis.
- 2. In de tweede plaats betreft het patiënten die na een strafrechtelijke veroordeling geplaatst zijn in het gevangeniswezen of een JJI, bij wie zich al bij binnenkomst dan wel gedurende het verblijf een psychiatrische aandoening manifesteert. Op deze patiënten en de plek waar zij zich bevinden is, gezien de plaats waar ze zich bevinden – een niet-Bopz-aangemerkte instelling - de Wet Bopz niet van toepassing. Het gaat hier om personen wier rechtspositie wordt bepaald door de Beginselenwetten (Penitentiaire beginselenwet (Pbw) en de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (Bjj)).
- 3. Een derde groep wordt gevormd door de Tbs-ers die zich in TBS-klinieken bevinden waarop de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Bvt) van toepassing is. De rechtspositieregels van de Wet Bopz gelden hier niet.
- 4. Ten slotte gaat het om patiënten die in het kader van de tenuitvoerlegging van een (vrijheidsbenemende) straf of strafrechtelijke maatregel 'vrijwillig' worden opgenomen in een Bopz-aangemerkte instelling. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan personen ten aanzien van wie de strafrechter heeft beslist dat zij ter beschikking worden gesteld zonder bevel tot verpleging onder de voorwaarde dat zij zich in een psychiatrisch ziekenhuis laten opnemen (artikel 38a Sr.), of die krachtens een beslissing uit hoofde van de Beginselenwetten op vrijwillige basis worden overgeplaatst naar een psychiatrisch ziekenhuis. Op deze personen zijn noch de Wet Bopz noch de Beginselenwetten van toepassing.

3.13.1 Reikwijdte

De evaluatiecommissie meent dat het niet zinvol zou zijn wanneer de rechtspositie van de eerste categorie van patiënten - de groep waarop de Wet Bopz (deels) van toepassing is - geïsoleerd van de andere categorieën zou worden gezien. De problematiek van de forensisch psychiatrische patiënt in zijn algemeenheid vereist dat de rechtspositie van alle genoemde categorieën van patiënten in samenhang wordt bekeken. Dit kan worden geïllustreerd aan de hand van de ontwikkelingen die de evaluatiecommissie heeft waargenomen binnen de verschillende settings. Zo blijkt een deel van de patiëntenpopulatie binnen de Bopz-aangemerkte instellingen (de onder 1 bedoelde groep) niet goed behandelbaar en blijvend (delict)gevaarlijk. Dit geldt overigens niet alleen voor de groep van forensisch psychiatrische patiënten; er zijn ook 'gewone' psychiatrische patiënten waarbij het gevaar niet adequaat door middel van een (dwang)behandeling kan worden weggenomen. Gedacht kan worden aan bijvoorbeeld patiënten die naast een psychotische aandoening kampen met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis die met (langdurige) (dwang)medicatie niet goed te reguleren is. Het gevolg is dat deze patiënten, ofwel heel snel na opname worden terug- of overgeplaatst naar een forensische instelling, ofwel worden gehandhaafd met een overmaat aan buitenproportionele maatregelen zoals lang-

durige separaties, ofwel blijvend een ontregelende invloed hebben op het afdelingsmilieu en andere patiënten. Daarnaast bestaat de indruk dat niet-forensische patiënten die moeilijk behandelbaar zijn soms ten onrechte gedwongen ontslagen worden wanneer zij moeilijk handhaafbaar blijken binnen de instelling. Bij dit type patiënten komt het voor dat binnen of buiten de behandelsetting wordt gewacht op het plegen van een strafbaar feit. Dit strafbare feit is vervolgens aanleiding om de patiënten in het justitiële circuit terecht te laten komen.

Voorts is er met betrekking tot de onder 2 en 3 bedoelde groepen een toenemend aantal patiënten waar te nemen waarvan de vraag is of zij vanwege hun psychiatrische problemen in een justitiële setting thuishoren. Blijkens de kwantitatieve gegevens over het grensvlak GGZ-Justitie, wijzen de cijfers uit dat aard en omvang van de problematiek van psychiatrische aandoeningen en verslavingsproblematiek onder de bijzondere doelgroepen binnen het gevangeniswezen toenemen.⁶⁰ Exacte cijfers zijn niet bekend, maar geschat wordt dat 30% van de gedetineerden matige tot ernstige psychiatrische problemen heeft. Onder dit percentage vallen ook personen met een depressie of angststoornis voor wie gedwongen behandeling meestal niet aan de orde is. Voor deze evaluatie is van belang dat het percentage psychotische patiënten in de penitentiaire inrichtingen wordt geschat tussen de 5% en 7%. Wat betreft de TBS-populatie wordt geschat dat ongeveer 30% tot 40% van de Tbs-ers een kwetsbare groep vormt, in die zin dat zij worden gekenmerkt door (onder meer) psychotische stoornissen.

De evaluatiecommissie constateert dat er in de praktijk enerzijds een gebrek aan beveiligings- en resocialisatiemogelijkheden voor de groep onder 1 is, en anderzijds lijkt er een gebrek aan behandelingsmogelijkheden binnen een justitiële setting voor de groepen onder 2 en 3 te bestaan. Deze constatering wordt hieronder nader uitgewerkt.

Voor wat betreft de onder 4 bedoelde groep geldt dat hun rechtspositie wordt gereguleerd door de regels van afdeling 5 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek betreffende de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De Wgbo kent niet een met de Wet Bopz vergelijkbaar dwangbehandelingsregime.

Over de onderliggende problematiek zijn in het deelonderzoek *Grensgebieden van de Wet Bopz* enkele noemenswaardige opmerkingen gemaakt. Vermeldenswaard is in dit verband ook het recente advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) *Straf en zorg: een paar apart*. De aanleiding van dit advies is de motie van 6 juli 2004 van het Eerste Kamerlid Van de Beeten c.s., die in 2004 pleitte voor meer samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen.⁶¹ De raad geeft aan dat

60 Deel 4: Grensgebieden van de Wet Bopz.
61 Kamerstukken I, vergaderjaar 2004-2005, 28 979.

personen met psychiatrische problemen die delictgevaarlijk zijn, klem zitten in systemen die niet goed bij hun problemen passen. De raad concludeert dat zij nu eens in de zorg terecht komen terwijl ze daar niet de benodigde begrenzing krijgen, en dan weer belanden in het justitiële circuit terwijl ze eigenlijk in reguliere zorgprogramma's thuishoren. Passende en effectieve interventies zijn eerder afhankelijk van goedwillende en doortastende professionals - die tegen de dagelijkse routine in tientallen telefoontjes plegen om mensen naar een voor hen zinvolle behandelings- en begrenzingssituatie te begeleiden - dan dat deze interventies zijn ingebed in het systeem zelf, aldus de RMO.

Het voert hier te ver om dieper in te gaan op de oorzaken van de problemen van de patiënten op het grensvlak van zorg en straf. De evaluatiecommissie heeft wel de vraag naar de wenselijke verhouding tussen de justitiële wetgeving en de niet-justitiële wetgeving op het terrein van de psychiatrie willen beantwoorden. Als vertrekpunt daarbij is genomen dat de interne rechtsregimes die van toepassing zijn op de te onderscheiden instellingen (en de personen die zich daar bevinden) op elkaar zouden moeten zijn afgestemd. Ook zou noch de Wet Bopz noch aanpalende wetgeving belemmeringen mogen bevatten voor een soepele plaatsing in of overplaatsing naar een zorginstelling van een forensisch psychiatrische patiënt.

Tegen de achtergrond van de algemene constatering dat er in de praktijk enerzijds een gebrek aan beveiligings- en resocialisatiemogelijkheden binnen de GGZ en anderzijds een gebrek aan behandelingsmogelijkheden binnen de justitiële setting bestaat, heeft de evaluatiecommissie zich de volgende vragen gesteld: op welke wijze kan worden gewaarborgd dat ook een zorginstelling adequate beveiligings- en resocialisatiemogelijkheden kan bieden? En hoe kan ervoor worden gezorgd dat forensisch psychiatrische patiënten ook binnen een justitiële setting goed kunnen worden verzorgd en behandeld?

Teneinde deze vragen te beantwoorden zal allereerst kort aandacht worden besteed aan de regeling in de Wet Bopz betreffende de rechtspositie van de forensisch psychiatrische patiënt (artikel 51 Wet Bopz). Vervolgens wordt de interne rechtspositie van de forensisch psychiatrische patiënt in respectievelijk een Bopz-setting en een justitiële setting nader bekeken. Tevens worden de regels betreffende de plaatsing van een forensisch psychiatrische patiënt in een zorginstelling verkend en wordt de vraag beantwoord of een Bopz-machtiging nodig is bij (over)plaatsing van een forensisch psychiatrische patiënt naar een psychiatrisch ziekenhuis. Ten slotte wordt ingegaan op de vraag of een Bopz-machtiging kan worden verkregen in aansluiting op een strafrechtelijke maatregel. Bij de beantwoording van genoemde vragen zijn ook de aanbevelingen van de tijdelijke commissie onderzoek TBS (Commissie Visser, 2006) betrokken.⁶²

3.13.2 Enkele opmerkingen vooraf

1. De RMO (2007) constateert dat personen met psychiatrische problemen die delictgevaarlijk zijn, klem zitten tussen het straf- en het zorgsysteem. De evaluatiecommissie heeft zich gebogen over de vraag of, en zo ja, in hoeverre een forensisch psychiatrische patiënt voor dit onderzoek als een andere patiënt dan een reguliere psychiatrische patiënt moet worden gezien. Onlosmakelijk daarmee verbonden is de vraag of de (doelstellingen van de) verschillende wetgevingscomplexen als een gegeven moeten worden beschouwd. In de Wet Bopz ligt, zeker als de uitbreiding van de mogelijkheid tot dwang gerealiseerd wordt, de nadruk niet alleen op afwending van het gevaar, maar ook op de behandeling van de gedwongen opgenomen patiënt. De justitiële wetgeving die van toepassing is op gedetineerden en Tbs-ers stelt daarentegen de beveiliging en de bescherming van de samenleving, als ook de resocialisatie van hen centraal. Is er een rechtvaardiging om het onderscheid tussen de Wet Bopz en de justitiële wetgeving vanuit het perspectief van het belang van de patiënt nog langer te handhaven?

Kern van de legitimatie van het huidige verschil in regels is daarin gelegen dat de strafrechter zich ten aanzien van justitiële patiënten heeft uitgesproken over een strafbaar feit. Bij niet-justitiële patiënten is dit niet het geval. Dit enkele (maar niet onbelangrijke) feit heeft zijn weerslag op de wetgeving. De juridische titel bepaalt in eerste instantie het rechtsregime dat op een patiënt van toepassing is, ongeacht de achterliggende problematiek van de patiënt. Anders gezegd, de problematiek is niet maatgevend voor de regels die ten aanzien van de psychiatrische patiënt gelden. Er zijn afzonderlijke wetgevingsfamilies voor respectievelijk niet-justitiële patiënten en justitiële patiënten.

De evaluatiecommissie is van mening dat er valide redenen zijn om dit verschil in benadering te handhaven. Hoewel de achterliggende psychiatrische problematiek identiek kan zijn, legitimeert het plegen van een strafbaar feit op zichzelf genomen een strafrechtelijk traject.

Niettemin past hier een belangrijke kanttekening. Juist in het belang van de patiënt en de samenleving, dient dit onderscheid niet te leiden tot zorginhoudelijke verschillen in de behandeling van deze twee groepen patiënten met vergelijkbare psychiatrische aandoeningen. Het onderscheid valt alleen nog langer te rechtvaardigen, indien de aansluiting van de verschillende geldende regels wordt geoptimaliseerd. De evaluatiecommissie acht het van het grootste belang dat continuïteit kan worden geboden in de gehele keten die een forensisch psychiatrische patiënt doorloopt. De wetgeving moet hiervoor de voorwaarden scheppen, zij het dat wetgeving niet genoeg is om de bestaande cultuurverschillen tussen instellingen gericht op straf of zorg teniet te doen. Bij

de evaluatiecommissie bestaat bijvoorbeeld de indruk dat in de justitiële setting niet alle mogelijkheden voor dwangbehandeling volledig worden benut. In de zorginstellingen daarentegen ligt het accent nadrukkelijk op zorg en is er minder aandacht voor beveiliging. De evaluatiecommissie hanteert echter het uitgangspunt dat patiënten met een psychiatrische aandoening zowel in een justitiële als in een zorginstelling een gelijk niveau van psychiatrische zorg dient te worden geboden en er binnen beide regimes wordt voorzien in een adequaat en gepast niveau van beveiliging. Dit betekent dat in de zorginstellingen een hoger niveau van beveiliging mogelijk moet worden gemaakt en in de justitiële instellingen een hoger niveau van zorg dient te worden geboden dan thans het geval is.

De evaluatiecommissie constateert echter dat er een substantieel aantal (hierna te bespreken) zwakke schakels in de keten is dat in de weg staat aan de beoogde continuïteit.

2. Het bestaan van afzonderlijke straf- en zorgsystemen en verschillende wetgevingscomplexen neemt niet weg dat het OM via het opportuniteitsbeginsel een spilfunctie kan vervullen bij de keuze tussen het zorg- of het strafstelsel. Enerzijds kan het OM onder omstandigheden afzien van strafvervolging en kiezen voor een zuiver GGZ-traject via gedwongen opname op basis van de Wet Bopz. In die zin moet het uitgangspunt dat een strafbaar feit een strafrechtelijk traject rechtvaardigt, worden genuanceerd. De geestelijke toestand van betrokkene is een erkende grond die het OM kan gebruiken om af te zien van strafvervolging. Anderzijds kan het OM met juist een actief vervolgingsbeleid van strafbare feiten die binnen een zorginstelling worden gepleegd, ervoor zorgen dat er een adequate reactie op het feit plaatsvindt, ook al brengt dat mee dat iemand het strafrechtelijk circuit wordt binnengehaald of in dit circuit blijft. De evaluatiecommissie benadrukt het belang van het zo nodig kunnen vervolgen van strafbare feiten binnen de instellingen. Anders dan in een enkele uitspraak is gesteld, biedt de Wet Bopz geen ruimte voor het toepassen van sancties.⁶³ De beperking van de vrijheid van patiënten en het toepassen van dwang is alleen gelegitimeerd in het kader van behandeling en de afwezigheid van gevaar, maar kan onder geen enkele voorwaarde worden toegepast als punitieve reactie op een strafbaar feit of een anderszins ongewenste gedraging binnen de instelling. Voor de bestrafing van strafbare feiten is en blijft aangifte en vervolging door het OM de enig mogelijke en aangewezen weg.
3. Het verdient vermelding dat er in deze paragrafen onderwerpen worden besproken die een breder bereik hebben, in die zin dat zij ook betrekking hebben op de 'gewone' psychiatrische patiënt. In het bijzonder wijst de evaluatie-

commissie op de interne rechtspositie van de blijvend (delict)gevaarlijke patiënt in een Bopz-instelling. Het gaat hier niet alleen om een deel van de populatie van de forensisch psychiatrische patiënt, maar ook om een deel van de reguliere patiënten in een Bopz-instelling. In de inleiding is hier al kort bij stil gestaan. Omdat dit deel evenwel de meest geëigende context biedt om het onderwerp te bespreken, zijn deze onderwerpen hierin opgenomen.

3.13.3 Artikel 51 Wet Bopz

Kern van de regeling die voor de forensisch psychiatrische patiënt in een Bopz-aangemerkte instelling geldt, vormt artikel 51 van Hoofdstuk V van de Wet Bopz (Patiënten voor wie de Minister van Justitie medeverantwoordelijkheid draagt). Artikel 51 bevat een regeling voor personen die (direct of indirect) via een uitspraak van de strafrechter in een psychiatrisch ziekenhuis worden geplaatst.

Artikel 51 Wet Bopz gaat achtereenvolgens in op de positie van de volgende personen:

- zij die op grond van een uitspraak van de strafrechter, bedoeld in artikel 37, eerste lid, Sr. in een psychiatrisch ziekenhuis worden geplaatst (eerste lid);
- zij ten aanzien van wie de strafrechter heeft beslist dat zij ter beschikking worden gesteld met bevel tot verpleging van overheidswege en op grond van de Wet Bopz verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis (artikelen 37a en 37b Sr.)(tweede lid);
- zij die op grond van een beslissing op basis van artikel 15, zesde lid, van de Penitentiaire beginselenwet (Pbw) worden overgeplaatst naar een psychiatrisch ziekenhuis (tweede lid);
- zij ten aanzien van wie de strafrechter heeft beslist dat zij ter beschikking worden gesteld met bevel tot verpleging van overheidswege of aan wie de maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen is opgelegd⁶⁴ (derde lid).⁶⁵

64 Artikel 77s, vijfde lid, Wetboek van Strafrecht.

65 Voor de volledigheid zij hier opgemerkt dat artikel 51 geen uitputtende beschrijving bevat van gevallen waarin een justitiële plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis mogelijk is. Er zijn meer justitiële titels die tot plaatsing van personen in een psychiatrisch ziekenhuis kunnen leiden en betreft personen:

- ten aanzien van wie de strafrechter heeft beslist dat zij ter beschikking worden gesteld zonder bevel tot verpleging, maar onder de voorwaarde dat zij zich in een psychiatrisch ziekenhuis laten opnemen (artikel 38a Sr.);
- die worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van proefverlof of de voorwaardelijke beëindiging TBS-verpleging;
- die krachtens een beslissing uit hoofde van artikel 14 Bvt op vrijwillige basis worden overgeplaatst naar een psychiatrisch ziekenhuis;
- die op grond van een beslissing krachtens artikel 16, zesde lid, Bjj worden overgeplaatst naar een psychiatrisch ziekenhuis;
- die krachtens het Wetboek van Strafvordering (bijvoorbeeld artikel 196) of artikel 13 Bvt ter observatie in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen;
- die in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen als strafrechtelijke voorwaarde.

Kort gezegd, bepaalt artikel 51, eerste lid, Wet Bopz dat op mensen die krachtens artikel 37, eerste lid, Sr. worden geplaatst, zowel de regels betreffende de interne rechtspositie als de verlof- en ontslagregeling van de Wet Bopz van toepassing zijn. Het tweede lid regelt dat de aldaar genoemde personen die met een Bopz-machtiging in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven, vallen onder de interne rechtspositieregels van de Wet Bopz. De verlof- en ontslagregels zijn slechts partieel van toepassing. Het derde lid voorziet erin dat op de daarin genoemde personen de interne rechtspositieregels van toepassing zijn.

Artikel 51 staat al langere tijd bloot aan stevige kritiek. Een uitgebreid commentaar op artikel 51 Wet Bopz is te vinden in de publicatie van T.P. Widdershoven (2005). Hij concludeert dat het grensverkeer tussen het justitiële circuit en de algemene gezondheidszorg door de overheid en de wetgever niet in alle consequenties is doordacht. Specifiek onderzoek, uitgevoerd in het kader van de tweede evaluatie van de Wet Bopz, naar de Wet Bopz in de forensische psychiatrie toont ook aan dat artikel 51 in de praktijk als onduidelijk, onvolledig en onjuist wordt ervaren.^{66 67} In het deelonderzoek *Grensgebieden van de Wet Bopz* wordt bevestigd dat artikel 51 Wet Bopz hoog scoort onder de voorgestelde reparaties van de Wet Bopz.⁶⁸ In het kabinetsstandpunt op de tweede evaluatie wordt de kritiek op artikel 51 Wet Bopz erkend. Het kabinet heeft reeds in 2004 aangegeven dat bezien zal worden of in de redactie van artikel 51 Wet Bopz verbeteringen kunnen worden aangebracht, zodat dit artikel beter aansluit bij de praktijk en ook beter herkenbaar is. Ook heeft het kabinet toegezegd dat de verschillende juridische titels tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 51 Wet Bopz en de rechtspositieregeling die daaruit volgt, aan een nadere analyse zullen worden onderworpen.⁶⁹

Het kabinet lijkt aan dit voornemen geen uitvoering te hebben gegeven. Feit is in elk geval dat artikel 51 Wet Bopz sedert het uitbrengen van het kabinetsstandpunt op de tweede evaluatie niet in verband met deze problematiek is gewijzigd.⁷⁰

De evaluatiecommissie is van mening dat het in het kader van de derde evaluatie van de Wet Bopz niet zinvol is om opnieuw de onvolkomenheden van artikel 51 Wet Bopz in kaart te brengen. Dit zou een herhaling van zetten ten opzichte van de tweede evaluatie betekenen. In algemene zin kan op basis van onder meer het commentaar van Widdershoven en de tweede evaluatie van de Wet Bopz, worden geconcludeerd dat artikel 51 van de Wet Bopz geen adequate regeling bevat voor

66 Overigens zijn de conclusies die Widdershoven (2005) en de tweede evaluatiecommissie van de Wet Bopz (2002) hieraan verbinden, niet op alle onderdelen eensluidend.

67 Willem Pompe Instituut (2002).

68 Deel 4: Grensgebieden van de Wet Bopz, § 8.2.

69 Brief van de Minister van VWS van 11 augustus 2004, Kamerstukken II, vergaderjaar 2003-2004, 25 763, nr. 4, p. 35.

70 Artikel 51 is sedertdien in verband met de aanpassing van de klachtregeling gewijzigd (wet van 17 november 2005, Stb. 617), doch dit betreft een aanpassing van uitsluitend technische aard.

forensisch psychiatrische patiënten. In het deelonderzoek Grensgebieden van de Wet Bopz wordt in dit perspectief de suggestie gedaan om een hoofdstuk in de Wet Bopz toe te voegen over strafrechtelijke opnames en de verwijzingen in artikel 51 Wet Bopz dienovereenkomstig aan te passen.⁷¹

De evaluatiecommissie is van mening dat het aanbeveling verdient om artikel 51 Wet Bopz te vervangen door een nieuwe regeling waarin niet alleen de eerder geconstateerde gebreken en onduidelijkheden worden hersteld, maar ook de onderstaande conclusies en aanbevelingen worden betrokken.

Conclusie

Artikel 51 Wet Bopz bevat een regeling betreffende de rechtspositie van personen die (direct of indirect) via een uitspraak van de strafrechter worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Het is al reeds geruime tijd duidelijk dat artikel 51 Wet Bopz als onduidelijk, onvolledig en onjuist wordt ervaren. Het kabinet heeft dit al in 2004 onderkend. Echter, sedertdien zijn in artikel 51 Wet Bopz geen wijzigingen aangebracht in verband met deze problematiek. De evaluatiecommissie is van mening dat het in het kader van de derde evaluatie van de Wet Bopz niet zinvol is om opnieuw de onvolkomenheden van artikel 51 Wet Bopz in kaart te brengen. Zij houdt het bij de algemene conclusie dat artikel 51 Wet Bopz geen adequate regeling bevat.

De evaluatiecommissie is van mening dat het aanbeveling verdient om artikel 51 Wet Bopz te vervangen door een nieuwe regeling waarin niet alleen de eerder geconstateerde gebreken en onduidelijkheden worden hersteld, maar ook de onderstaande conclusies en aanbevelingen worden betrokken.

3.13.4 De rechtspositie van de blijvend (delict)gevaarlijke psychiatrische patiënt op grond van de Wet Bopz

De evaluatiecommissie is van mening dat de mogelijkheden moeten worden verruimd voor de beveiliging van forensisch psychiatrische patiënten en vrijwel onhandelbare patiënten met een Bopz-machtiging, die door hun agressieve gedrag gevaar voor zichzelf en hun omgeving veroorzaken. Wel plaatst de evaluatiecommissie hier enige kanttekeningen bij. De Beginselenwetten kennen een afzonderlijk hoofdstuk over controle en geweldgebruik, op grond waarvan in het belang van de handhaving van de orde en veiligheid maatregelen kunnen worden getroffen (onderzoek van en in het lichaam, urinecontroles). Ook kennen de Beginselenwetten een hoofdstuk over disciplinaire maatregelen. Bij feiten die *“onverenigbaar zijn met de orde of de veiligheid of een ongestoord verloop van de verpleging”* kunnen disciplinaire maatregelen worden opgelegd. Deze disciplinaire

maatregelen variëren van beperkingen in de bewegingsvrijheid tot het ontzeggen van bezoek. De Wet Bopz bevat noch een regeling over beveiligingsmaatregelen, noch een regeling over disciplinaire maatregelen.

Zoals in de inleiding al is geconstateerd, zijn er forensisch psychiatrische patiënten en 'gewone' psychiatrische patiënten die als onbehandelbaar, maar ook als blijvend (delict)gevaarlijk moeten worden beschouwd. Deze patiënten moeten gedwongen opgenomen blijven, maar vormen voor zichzelf of hun omgeving een gevaar dat niet met (dwang)behandeling kan worden weggenomen. Om de situatie binnen een psychiatrisch ziekenhuis beheersbaar te kunnen houden, onderkent de evaluatiecommissie dat bepaalde beveiligingsmaatregelen in voorkomende gevallen jegens deze patiënten moeten kunnen worden toegepast. Hierbij kan worden gedacht aan bijvoorbeeld insluiting gedurende de nacht, urinecontrole of het doorzoeken van het verblijf van de patiënt. Om deze controles mogelijk te maken zou de regeling moeten worden uitgebreid met extra beveiligingsmaatregelen ter afwending van gevaar. Deze regeling zou niet beperkt moeten blijven tot afwending van gevaar dat in causaal verband staat met de psychiatrische aandoening waarvoor de machtiging is verleend, maar ook voor de overige vormen van gevaar die bijvoorbeeld voortvloeien uit de persoonlijkheidsstoornis van de patiënt.

Hierbij passen evenwel enkele kanttekeningen. Allereerst zal de categorie patiënten voor wie deze regeling geldt, zeer nauwkeurig moeten worden omschreven. Voorts kan een dergelijke uitbreiding uiteraard alleen worden gerealiseerd als ook wordt voorzien in een overeenkomstige uitbreiding van de rechtsbescherming. Ook past hierbij de waarschuwing dat het beveiligingskarakter niet te dominant moet worden. Net als bij reguliere psychiatrische patiënten moet bij deze patiënten voorop (blijven) staan dat zij het recht hebben op verzorging in een humane omgeving. De evaluatiecommissie acht de voorgestelde uitbreiding niet goed realiseerbaar binnen de kaders van de huidige Wet Bopz. Gelet op het belang dat de evaluatiecommissie hecht aan deze uitbreiding, onderstreept de evaluatiecommissie de noodzaak om op korte termijn tot een nieuwe wettelijke regeling te komen.

De evaluatiecommissie beseft overigens dat dit niet alleen een kwestie van aanpassingswetgeving is. Het gaat hier ook om andere factoren, zoals kwaliteit van personeel binnen de instelling, niet alleen op het punt van de verzorging, maar ook waar het gaat om het beveiligingsaspect. Ook speelt de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel een rol.

Conclusie

Er zijn forensisch psychiatrische patiënten (en ook patiënten binnen de reguliere psychiatrie) die als onbehandelbaar, maar ook als blijvend (delict)gevaarlijk moeten worden beschouwd. De evaluatiecommissie onderkent dat, om de situatie binnen een psychiatrisch ziekenhuis beheersbaar te kunnen houden, in sommige gevallen bepaalde extra beveiligingsmaatregelen nodig kunnen zijn die nu niet krachtens de Wet Bopz kunnen worden genomen. Daartoe zou de Wet Bopz moeten worden uitgebreid met extra beveiligingsmaatregelen voor toepassing bij een nauwkeurig omschreven groep patiënten, waarbij tevens zou moeten worden voorzien in een overeenkomstige uitbreiding van de rechtsbescherming. De evaluatiecommissie plaatst daarbij de waarschuwing dat het beveiligingskarakter niet te dominant moet worden. Ook bij deze patiënten moet voorop (blijven) staan dat zij het recht hebben op verzorging in een humane omgeving. Het verzorgingsaspect mag niet ondergeschikt worden aan de beveiliging.

3.13.5 De rechtspositie van de forensisch psychiatrische patiënt op grond van de Beginselenwetten

In deze subparagraaf wordt ingegaan op de vraag of de (dwang)behandelingsmogelijkheden in de Beginselenwetten zouden moeten worden aangepast, teneinde de forensisch psychiatrische patiënt die is onderworpen aan één van de Beginselenwetten, beter te kunnen behandelen.

Artikel 32, eerste lid, Pbw bevat de hoofdnorm aangaande de toepassing van dwangbehandeling op gedetineerden. Een 'geneeskundige handeling' kan onder dwang worden toegepast op een gedetineerde *"indien die handeling naar het oordeel van een arts volstrekt noodzakelijk is ter afwending van gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de verpleegde of van anderen"*. In de Penitentiaire maatregel zijn nadere regels gesteld over de toepassing van dwang.

In vergelijking met het dwangbehandelingsregime van de Wet Bopz valt op dat het dwangregime onder de Pbw enerzijds *ruimer* en anderzijds *beprekter* is.

De mogelijkheden tot dwang zijn enerzijds *ruimer*, omdat:

- er geen behandelingsplan (met de daaraan verbonden waarborgen) ten grondslag ligt aan de dwangbehandeling;
- de Pbw geen causaal verband vereist tussen stoornis en gevaar;
- ook somatische behandelingen die geen verband houden met de stoornis onder dwang kunnen worden toegepast.

De mogelijkheden tot dwang zijn anderzijds *beprekter*, omdat dwang slechts kan worden toegepast bij een gevaarssituatie binnen de inrichting. Dit criterium sluit aan bij het huidige dwangbehandelingscriterium in de Wet Bopz. Het (bij de Eerste

Kamer aanhangige) voorstel tot wijziging van de Wet Bopz, waarin de mogelijkheden tot dwangbehandeling worden vergroot, bevat echter een ruimer dwangbehandelingscriterium.⁷²

Artikel 26, eerste lid, Bvt en artikel 37 Bjj kennen een met de Pbw vergelijkbaar regime. In de uitvoeringsregelingen is een nadere regeling op dit punt uitgewerkt.⁷³ Deze regelingen zijn sterk vergelijkbaar met de regeling die in de Penitentiaire maatregel is opgenomen.

De commissie Visser is in haar rapport over het onderzoek naar de TBS ook ingegaan op de verschillen in justitiële en niet-justitiële wetgeving.⁷⁴ Zij constateert verschillen in wetgeving over het gebruik van dwangmedicatie. Terwijl het om hetzelfde type patiënt gaat, bepaalt het type instelling de mogelijkheden van de behandelaar om dwangmedicatie toe te dienen, aldus de commissie Visser.

De commissie Visser heeft op basis van haar bevindingen enkele aanbevelingen gedaan die in deze context van belang zijn. Zij beveelt aan dat de Wet Bopz, de Pbw en aanverwante regelgeving op elkaar worden afgestemd, zodat in alle klinieken waar Tbs-ers worden behandeld dezelfde regels gelden.⁷⁵ Het kabinet heeft inmiddels toegezegd dat de wet- en regelgeving zal worden aangepast, zodat de mogelijkheden voor dwangmedicatie ten aanzien van Tbs-ers en gedetineerden worden uitgebreid in navolging van de aanhangige wetswijziging van de Wet Bopz.⁷⁶ Daarmee wordt ook tegemoet gekomen aan de voorgestelde actiepunten met betrekking tot wet- en regelgeving in het deelonderzoek *Grensgebieden van de Wet Bopz*.

De evaluatiecommissie onderschrijft de aanbevelingen van de commissie Visser en het kabinetsstandpunt. Bij het kabinetsstandpunt plaatst zij evenwel de kanttekening dat het niet op voorhand duidelijk is of het nieuwe dwangbehandelingscriterium in de Wet Bopz zonder meer kan worden overgenomen. De bovenbeschreven verschillen tussen de Beginselenwetten en de Wet Bopz op het punt van dwangbehandeling maken dat dit criterium niet onmiddellijk inpasbaar is in het systeem van de Beginselenwetten (het is immers gekoppeld aan de mogelijkheid het ziekenhuis binnen een redelijke termijn te verlaten). Dit verdient nadere bestudering.

72 In dit wetsvoorstel dat op 15 februari 2007 is aanvaard in de Tweede Kamer (Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 492), is in artikel 38c vastgelegd dat dwangbehandeling, binnen de randvoorwaarden van de artikelen 38a en 38b, kan plaatsvinden:
a. voorzover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat betrokkene door een stoornis van de geestvermogens doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen;
b. voorzover dit volstrekt noodzakelijk is om het gevaar af te wenden dat betrokkene binnen de inrichting door een stoornis van de geestvermogens doet veroorzaken.

73 Respectievelijk het Reglement verpleging terbeschikkinggestelden en het Reglement justitiële jeugdinrichtingen.

74 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nrs. 4-5.

75 O.c., Aanbeveling 7.

76 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nr. 9.

Zo ontbreekt in de Beginselenwetten de begrenzing van de totstandkoming van een behandelingsplan als basis voor (dwang)behandeling. De evaluatiecommissie acht het in elk geval noodzakelijk dat een vergelijkbare waarborg wordt geïntroduceerd in de Beginselenwetten en geeft in overweging om ook in de Beginselenwetten een behandelingsplan als uitgangspunt voor (gedwongen) zorg op te nemen.

De commissie Visser en het kabinet hebben in deze context niet uitdrukkelijk gerefereerd aan de Bjj. In aanvulling op het bovenstaande geeft de evaluatiecommissie daarom nog expliciet aan dat het aanbeveling verdient om te onderzoeken of een dergelijke uitbreiding van de dwangbehandelingsmogelijkheden ook in de Bjj zou kunnen worden opgenomen. Ook in een JJI waar de Bjj van toepassing is, kan zich immers de door de commissie Visser gesignaleerde problematiek voordoen (denk bij voorbeeld aan psychiatrische problemen van jeugdigen met een PIJ-maatregel). Ook hier geldt dat zorgvuldig moet worden bezien op welke wijze dit criterium kan worden geïncorporeerd in de Bjj.

Conclusies

De evaluatiecommissie onderschrijft de aanbevelingen van de commissie Visser en het kabinetsstandpunt op grond waarvan de Wet Bopz, de Pbw en aanverwante regelgeving worden aangepast, zodat de mogelijkheden voor dwangmedicatie worden uitgebreid in navolging van de aanhangige wetswijziging van de Wet Bopz.⁷⁷ Zij geeft evenwel aan dat de bovenbeschreven verschillen tussen de Beginselenwetten en de Wet Bopz op het punt van dwangbehandeling maken dat dit criterium niet rechtstreeks inpasbaar in het systeem van de Beginselenwetten. De evaluatiecommissie beveelt aan dat dit nader wordt onderzocht. Zo ontbreekt in de Beginselenwetten de begrenzing van de totstandkoming van een behandelingsplan als basis voor (dwang)behandeling. De evaluatiecommissie acht het in elk geval noodzakelijk dat een vergelijkbare waarborg wordt geïntroduceerd in de Beginselenwetten.

Het verdient aanbeveling om te onderzoeken of een uitbreiding van de voorgestelde dwangbehandelingsmogelijkheden ook in de Bjj kan worden opgenomen. Ook in een JJI waar de Bjj van toepassing is, kan zich de door de commissie Visser gesignaleerde problematiek voordoen.⁷⁸

3.13.6 Nieuwe zorginitiatieven voor specifieke groepen

Een bijkomende vraag die hier rijst, is de vraag of de bestaande voorzieningen adequaat zijn voor de groep van blijvend gevaarlijke patiënten en andere groepen

77 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nr. 9.

78 Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld psychiatrische problemen van jeugdigen met een PIJ-maatregel.

die langdurig intensieve zorg behoeven. In dit opzicht verdient het initiatief van GGZ Drenthe en Verslavingszorg Noord Nederland tot oprichting van een Kliniek voor Duurzaam Verblijf vermelding. Deze kliniek is vanaf 26 februari 2007 in Beilen in bedrijf. De kliniek is bestemd voor (in totaal 120) Bopz-patiënten uit Amsterdam en Rotterdam die lijden aan ernstige psychiatrische aandoeningen, als schizofrenie en borderline persoonlijkheidsstoornissen, en langdurig en ernstig afhankelijk zijn van verslavende middelen. De doelgroep bestaat bovendien uit mensen die vaak geen vaste woon- of verblijfplaats hebben en een zeer slechte gezondheid hebben. Deze mensen hebben in het verleden veelvuldig hulp en zorg (ook onder dwang) gehad, maar dit heeft niet geleid tot verbetering van hun situatie. Naar verwachting hebben deze mensen blijvende psychiatrische en somatische zorg nodig.

De kliniek is bedoeld als permanente voorziening voor deze mensen die met een Bopz-machtiging gedwongen worden opgenomen. Stabilisatie van hun situatie staat centraal: de kliniek stelt zich ten doel de kwaliteit van leven weer op een aanvaardbaar niveau te brengen.⁷⁹

Dit initiatief wordt verschillend gewaardeerd. De uitplaatsing van deze groep patiënten naar een locatie buiten de eigen regio roept grote vraagtekens op ten aanzien van de mogelijkheden voor het ontvangen van bezoek en van resocialisatie. De evaluatiecommissie staat echter wel positief tegenover het initiatief om specifieke voorzieningen voor duurzaam verblijf in het leven te roepen, waar zowel een hoog niveau van leefbaarheid als van beveiliging wordt gecreëerd. Naar het oordeel van de evaluatiecommissie voorzien dergelijke voorzieningen in een duidelijke behoefte. Het welhaast enige andere alternatief voor deze mensen is immers dat zij in zeer slechte omstandigheden een uitzichtloos bestaan moeten leiden. De samenleving heeft ook ten aanzien van deze mensen de verantwoordelijkheid om hen niet aan hun lot over te laten. Zij vindt evenwel dat ervoor moet worden gewaakt dat deze personen primair ter bestrijding van overlast worden opgenomen in de kliniek. Het mag niet zo zijn dat deze mensen simpelweg door hun aanwezigheid van de straat moeten worden gehaald. Het wenselijke straatbeeld mag niet de graadmeter worden voor gedwongen interventies als deze. Zorgvuldige toetsing aan de Bopz-criteria voor gedwongen opneming en verblijf blijft dan ook geboden. Deze bijzondere vorm van opneming dient zoals iedere Bopz-maatregel niet enkel gericht te zijn op opsluiting, maar op het verbeteren van de gezondheidssituatie en algemeen welzijn van de patiënt, met als uiteindelijk doel resocialisatie. Hoewel resocialisatie het doel moet blijven, beseft de evaluatiecommissie evenwel dat dit mogelijk niet realiseerbaar is voor alle patiënten binnen deze groep.

Niet alleen binnen de zorg wordt een gebrek aan adequate voorzieningen

gesignaleerd. Ook de justitiële voorzieningen lijken in onvoldoende mate te zijn ingericht op het groeiende aantal (chronisch) psychotische patiënten en er wordt gepleit voor de oprichting van penitentiair psychiatrische ziekenhuizen en afzonderlijke 'forensische psychoseklinieken', waarin kwetsbare chronisch psychotische gedetineerden en Tbs-ers in kunnen worden opgenomen en begeleid. In feite zou dit neerkomen op de introductie van specifieke GGZ-voorzieningen binnen het Gevangeniswezen en de TBS-sector. De evaluatiecommissie denkt, gezien de toename van het aantal ingeslotenen met soms zware psychiatrische problematiek, dat hiermee in een behoefte wordt voorzien, en is daarom voorstandster van deze ontwikkeling. Tegelijkertijd pleit de evaluatiecommissie er wel voor dat ook binnen het Gevangeniswezen en de TBS-sector de behandelingsmogelijkheden worden verbeterd. Het mag niet zo zijn dat de introductie van deze klinieken verhindert dat de behandeling van psychiatrische patiënten in de TBS-klinieken op peil wordt gebracht.

Tenslotte plaatst de evaluatiecommissie de kritische kanttekening dat een gecentraliseerde kliniek tot discontinuïteit van behandeling en veel overplaatsingen zal leiden. De evaluatiecommissie geeft daarom in overweging om de mogelijkheden voor een regionale inbedding te onderzoeken. Wanneer dergelijke psychoseklinieken op regionaal niveau zouden worden gerealiseerd, zou dit de mogelijkheden voor terugleiding van deze groep patiënten naar de GGZ en tot resocialisatie kunnen verbeteren.

Conclusies

De evaluatiecommissie ziet, afgezien van de kritische kanttekeningen bij de plaatsing buiten de eigen regio, de voordelen van een initiatief als de oprichting van de Kliniek voor Duurzaam Verblijf in Beilen. In feite wordt hiermee voorzien in de behoefte aan een 'long care-voorziening' die vergelijkbaar is met zorg die wordt verleend in verpleeghuizen. Er moet wel voor worden gewaakt dat deze personen primair ter bestrijding van overlast worden opgenomen in de kliniek. Het wenselijke straatbeeld mag niet de graadmeter worden voor gedwongen interventies als deze. Zorgvuldige toetsing aan de Bopz-criteria voor gedwongen opname en verblijf blijft dan ook geboden.

De evaluatiecommissie is voorstandster van de oprichting van penitentiair psychiatrische afdelingen en afzonderlijke 'forensische psychose klinieken', maar pleit er wel voor dat daarnaast binnen het Gevangeniswezen en de TBS-sector de behandelingsmogelijkheden worden verbeterd. Het mag niet zo zijn dat de introductie van deze klinieken verhindert dat de behandeling van psychiatrische patiënten in de TBS-klinieken op peil wordt gebracht.

3.13.7 Overplaatsing van forensisch psychiatrische patiënten naar een psychiatrisch ziekenhuis (artikel 37 Sr.)

Artikel 37 Sr. geeft aan de strafrechter de mogelijkheid om iemand aan wie een strafbaar feit *“wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens”* niet kan worden toegerekend, voor een termijn van een jaar te plaatsen in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit kan alleen, als de patiënt gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen, of voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

De evaluatiecommissie constateert dat er enkele misverstanden bestaan over deze maatregel. Blijkens informatie uit het deelonderzoek *Grensgebieden van de Wet Bopz* wordt in de praktijk getwijfeld aan de meerwaarde van de maatregel. Het is onduidelijk wat er na het opleggen van de strafrechtelijke maatregel gebeurt. Waar komt de patiënt terecht en wat gebeurt er verder met hem? Verloopt de behandeling aanvaardbaar? Het veld acht bovendien de duur van een jaar van de maatregel te kort.⁸⁰

De evaluatiecommissie leidt hieruit af dat van de maatregel kennelijk meer wordt verwacht dan hij feitelijk inhoudt. Artikel 37 Sr. behelst niets anders dan een strafrechtelijke maatregel, waarbij de strafrechter geen rol meer speelt na het uitspreken ervan. Plaatsing kan in beginsel in iedere Bopz-aangemerkte instelling. Op de opname is (via artikel 51, eerste lid) ook artikel 10, tweede lid, van de Wet Bopz van toepassing, hetgeen inhoudt dat het OM een week na de dagtekening van de maatregel een bevel tot opneming kan gelasten. Na plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis moet deze patiënt als een volwaardige Bopz-patiënt worden beschouwd, maar ook niet meer dan dat. Ook de Bopz-regeling van verlof en ontslag is op deze patiënt van toepassing, hetgeen betekent dat de geneesheer-directeur, evenals bij de in de Bopz-machtiging gestelde termijn, niet gebonden is aan de termijn van de maatregel (1 jaar). Als aan de daarvoor geldende Bopz-criteria is voldaan, kan het verblijf korter of langer uitvallen. Verlenging van het gedwongen verblijf van de patiënt kan alleen plaatsvinden door middel van een aansluitende Bopz-machtiging, afgegeven door de civiele rechter. Anders gezegd: de patiënt is weliswaar door de strafrechter in het kader van een strafvervolgning geplaatst, maar is voor de toepassing van de Wet Bopz geen andere patiënt dan die op basis van een Bopz-machtiging door de civiele rechter wordt opgenomen.

De commissie Visser constateert ten aanzien van artikel 37 Sr. dat strafrechters terughoudend zijn om artikel 37 Sr. toe te passen, omdat zij geen beslissing over de beëindiging van de maatregel kunnen treffen. Het is immers de geneesheer-directeur

die na plaatsing beslist over ontslag, en daarmee feitelijk over beëindiging van de maatregel. Dat de strafrechter geen bemoeienis heeft met de beëindiging van de maatregel, acht de evaluatiecommissie op zichzelf genomen zuiver vanuit de gedachte dat de rechter heeft beslist dat het strafbare feit niet aan de dader kan worden toegerekend en er voor TBS onvoldoende grond is. Daarmee is de rol van het strafrecht uitgespeeld.

Om de misverstanden rond de toepassing van de artikel 37 Sr-maatregel weg te nemen, beveelt de evaluatiecommissie in de eerste plaats aan dat de voorlichting hierover wordt geïntensiveerd. Zij denkt daarbij niet alleen aan voorlichting van de beide betrokken ministeries, maar ook aan cursussen die 'van binnenuit' door de rechterlijke macht worden verzorgd. Daarnaast beveelt de evaluatiecommissie aan om in artikel 37 Sr. de strafrechter de mogelijkheid toe te kennen om een Bopz-machtiging volgens de Bopz-criteria af te geven. Daarmee wordt niet alleen de aard van de maatregel verhelderd, maar wordt ook de aansluiting met de Wet Bopz geoptimaliseerd.⁸¹

Conclusie

Er bestaan in de praktijk misverstanden over de maatregel ex artikel 37 Sr. Dit artikel behelst niets anders dan een strafrechtelijke maatregel, waarbij de strafrechter geen rol meer speelt na het uitspreken ervan. Op de opnemings, het verblijf, het verlop en ontslag is de Wet Bopz van toepassing: de patiënt moet dus als een volwaardige Bopz-patiënt worden beschouwd.

Om de misverstanden rond de toepassing van de artikel 37 Sr-maatregel weg te nemen, verdient het aanbeveling dat de voorlichting hierover wordt geïntensiveerd. De evaluatiecommissie denkt daarbij niet alleen aan voorlichting van de beide betrokken ministeries, maar ook aan cursussen die 'van binnenuit' door de rechterlijke macht worden verzorgd. Daarnaast beveelt de evaluatiecommissie aan om in artikel 37 Sr. de strafrechter de mogelijkheid toe te kennen om een Bopz-machtiging volgens de Bopz-criteria af te geven.

3.13.8 Bopz-machtiging bij (over)plaatsing forensisch psychiatrische patiënten

(Over)plaatsing van een forensisch psychiatrische patiënt naar of in een psychiatrisch ziekenhuis kan ook geschieden zonder dat daaraan een dwingende uitspraak van de strafrechter ten grondslag ligt. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om de oplegging van

81 Thans bestaan twee inhoudelijke verschillen met het regime voor een Bopz-machtiging:

- in artikel 37 Sr., wordt, anders dan in de Wet Bopz, geen causaal verband vereist tussen geestesstoornis en gevaar;
- de last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis impliceert dat daadwerkelijk tot gedwongen plaatsing wordt overgegaan, terwijl een Bopz-machtiging slechts legitimeert tot dwangopneming. Overigens blijken deze verschillen in de praktijk geen noemenswaardige problemen op te leveren.

een TBS-maatregel zonder bevel tot dwangverpleging, maar onder de voorwaarde dat de patiënt zich in een psychiatrisch ziekenhuis laat opnemen,⁸² om proefverlof of om de voorwaardelijke beëindiging van de TBS. Ook kan het gedetineerden of Tbs-ers betreffen die op grond van een beslissing van de strafrechter in een justitiële inrichting verblijven, maar vanwege hun psychiatrische problemen in detentie moeten worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis.⁸³ Aan de hier bedoelde plaatsingen gaat evenmin een Bopz-machtiging vooraf. Het betreft plaatsingen waarop artikel 51 Wet Bopz niet ziet.

Het blijkt in de praktijk onduidelijk welke regeling de rechtspositie bepaalt van de forensische psychiatrische patiënt die op één van de bovenbedoelde grondslagen wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis.⁸⁴ De evaluatiecommissie vindt het goed verdedigbaar dat op deze plaatsingen het regime van de Wet Bopz niet van toepassing is of behoort te zijn. Immers, de aan de opneming ten grondslag liggende beslissing van de strafrechter legitimeert tot vrijheidsbeneming in verband met een bewezen strafbaar feit. Hoewel materieel wel kan zijn voldaan aan de criteria die de Wet Bopz stelt aan gedwongen opneming, heeft de rechter hier formeel niet aan getoetst. Op basis van deze redenering kan worden geconcludeerd dat dergelijke plaatsingen een vrijwillig karakter hebben, en dat daarom de Wgbo van toepassing is.

Dit wordt in de praktijk in meer opzichten als problematisch ervaren. Vanuit behandel-perspectief kan als nadeel worden gezien dat het uitgangspunt van de Wgbo is dat een patiënt op elk moment het verblijf kan beëindigen en toestemming moet geven voor een behandeling. De Wgbo bevat bovendien slechts een beperkte mogelijkheid tot dwangbehandeling. Vanuit het gezichtspunt van de patiënt geldt als nadeel dat de Wgbo, in tegenstelling tot de Wet Bopz, geen afzonderlijke rechtsbeschermings-regeling kent. Gevolg is dat bij overplaatsingsbeslissingen krachtens de Beginselen-wetten in de praktijk regelmatig een Bopz-machtiging wordt gevraagd, teneinde de opneming een gedwongen karakter te kunnen geven en het (dwang)behandelings-regime van de Wet Bopz toe te kunnen passen.

In het deelonderzoek *Grensgebieden van de Wet Bopz* wordt voorgesteld dat de strafrechtelijke titel die strekt tot de (oorspronkelijke) vrijheidsbeneming ook kan dienen als grondslag voor de toepasselijkheid van de interne rechtspositieregels van de Wet Bopz.⁸⁵ Daartoe zou de relevante wet- en regelgeving moeten worden aangepast.

82 Artikel 38a, Wetboek van Strafrecht.

83 Beslissingen krachtens artikel 14 Bvt, artikel 15, zesde lid, Pbw of artikel 16, zesde lid, van de Bij.

84 Zie ook Deel 4: Grensgebieden van de Wet Bopz, § 4.4.

85 Deel 4: Grensgebieden van de Wet Bopz, § 8.2.

De evaluatiecommissie neemt dit voorstel niet over. Een justitiële titel tot vrijheidsbeneming kan niet zonder meer tevens dienen als grondslag voor de toepassing van het gedwongen opnemings- en dwangbehandelingsregime van de Wet Bopz. Immers, de overwegingen die aan de strafrechtelijke vrijheidsbeneming ten grondslag liggen, kunnen wezenlijk verschillen van die van de civielrechtelijke beslissing tot vrijheidsbeneming krachtens de Wet Bopz. De evaluatiecommissie vindt dat een opening voor een dergelijke tweeslag alleen mogelijk zou kunnen zijn wanneer voldaan is aan de opnemingscriteria van de Wet Bopz en de (straf)rechter daaraan expliciet heeft getoetst.

Het gaat hier om beslissingen van de strafrechter die primair een andere insteek hebben. Geen van de genoemde vrijheidsbenemende modaliteiten heeft betrekking op gedwongen plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis in verband met psychiatrische problemen. Het lijkt de evaluatiecommissie derhalve niet aangewezen om te onderzoeken of een betere aansluiting met het dwangbehandelingsregime van de Wet Bopz via het strafrecht kan worden gerealiseerd.

Conclusie

(Over)plaatsing naar of in een psychiatrisch ziekenhuis kan ook geschieden zonder dat daar een dwingende uitspraak van de strafrechter aan ten grondslag ligt. Op dergelijke plaatsingen is het verblijfs- en behandelingsregime van de Wet Bopz niet van toepassing. In het deelonderzoek *Grensgebieden van de Wet Bopz* wordt voorgesteld dat de justitiële titel ook dient als grondslag voor de toepassing van dit regime van de Wet Bopz. De evaluatiecommissie acht een dergelijke tweeslag alleen mogelijk als de strafrechter (op basis van een daartoe strekkende vordering van het OM) expliciet heeft getoetst aan de opnemingscriteria van de Wet Bopz.

3.13.9 Bopz-machtiging in aansluiting op een strafrechtelijke maatregel

De civiele rechter kan te allen tijde op verzoek van het OM een Bopz-machtiging afgeven, indien een strafrechtelijke maatregel jegens een forensische psychiatrische patiënt is uitgewerkt. Uiteraard moet dan wel aan de daarvoor geldende eisen van de Wet Bopz zijn voldaan. Daartoe zal aanleiding zijn, als de patiënt ook na afloop van de maatregel nog lijdt aan een geestesstoornis en dientengevolge gevaar veroorzaakt, welk gevaar niet anders kan worden afgewend. Gedacht kan bij voorbeeld worden aan een jeugdige met de maatregel Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen (PIJ-maatregel)⁸⁶ die niet meer kan worden verlengd.

86

Thans bestaan twee inhoudelijke verschillen met het regime voor een Bopz-machtiging:

- in artikel 37 Sr., wordt, anders dan in de Wet Bopz, geen causaal verband vereist tussen geestesstoornis en gevaar;
- de last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis impliceert dat daadwerkelijk tot gedwongen plaatsing wordt overgegaan, terwijl een Bopz-machtiging slechts legitimeert tot dwangopneming. Overigens blijken deze verschillen in de praktijk geen noemenswaardige problemen op te leveren.

In de praktijk bestaat behoefte aan een betere aansluiting van de Wet Bopz op strafrechtelijke maatregelen als de PIJ-maatregel. Voor diepere beschouwingen over de oorzaak van de kennelijk ontoereikende behandeling gedurende detentie verwijst de evaluatiecommissie graag naar de bevindingen van de commissie Visser (2006) en het eerdergenoemde advies van de RMO (2007). De evaluatiecommissie vindt dat in elk geval de kwaliteit van de behandeling en de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel verbeterpunten zijn. Dit heeft het kabinet overigens wat betreft de PIJ-maatregel ook onderkend.⁸⁷

De evaluatiecommissie ziet hier meer mogelijkheden. In de eerste plaats wijst zij op de reeds bestaande mogelijkheid in het Wetboek van Strafrecht om de PIJ-maatregel ten uitvoer te leggen in een Bopz-aangemerkte instelling. In de praktijk wordt de PIJ-maatregel in de regel ten uitvoer gelegd in een JJI. Op de PIJ-er is dan de Bjj van toepassing. Op grond van artikel 77s, vijfde lid, Sr. kan de Minister van Justitie de veroordeelde ook 'elders' opnemen. Onder 'elders' kan een Bopz-aangemerkte instelling worden verstaan. In dat geval is op de PIJ-er het regime van artikel 51, derde lid, Wet Bopz van toepassing. Dit betekent dat het verlof- en ontslagregime weliswaar wordt bepaald door de Bjj, maar de (dwang)behandelingsregels van de Wet Bopz gelden.

De evaluatiecommissie beveelt aan om de strafrechter de bevoegdheid toe te kennen om op vordering van het OM in plaats van een (tweede) verlenging van de PIJ-maatregel een Bopz-machtiging af te geven, indien aan de Bopz-criteria is voldaan. Hiermee wordt voorkomen dat na afloop van de PIJ-maatregel de gang naar de civiele rechter moet worden gemaakt. Nadat de Bopz-machtiging is afgegeven is alleen de Bopz nog van toepassing op de rechtspositie van betrokkene, inclusief de regeling voor verlof en ontslag.

Ook bij de beëindiging van de TBS acht de evaluatiecommissie het wenselijk dat er, zoals door Mevis (2006) bepleit, een mogelijkheid komt om een overgang naar een Bopz-machtiging mogelijk te maken. De evaluatiecommissie beveelt aan om de strafrechter de bevoegdheid toe te kennen om bij de beëindiging van de TBS, een Bopz-machtiging af te geven indien aan de criteria van de Wet Bopz is voldaan.

Conclusie

De civiele rechter kan te allen tijde op verzoek van het OM een Bopz-machtiging afgeven, indien een strafrechtelijke maatregel jegens een forensische psychiatrische patiënt is uitgewerkt. Uiteraard moet dan wel aan de daarvoor geldende eisen van de Wet Bopz zijn voldaan. Daartoe is aanleiding, als de patiënt ook na afloop van de maatregel nog lijdt aan een geestesstoornis en dientengevolge gevaar veroorzaakt, welk gevaar niet anders kan worden afgewend. In de praktijk bestaat behoefte aan

87

Zie de brief van de Minister van Justitie betreffende justitiële inrichtingen en jeugdcriminaliteit (Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 24 587 en 28 741, nr. 183).

een betere aansluiting van de Wet Bopz op strafrechtelijke maatregelen als de PIJ-maatregel. De evaluatiecommissie beveelt aan om de strafrechter de bevoegdheid toe te kennen om een Bopz-machtiging af te geven bij een verzoek om verlenging of beëindiging van een PIJ- of TBS-maatregel.

3.14 Kinder- en Jeugdpsychiatrie

In beide voorgaande evaluatierapporten is aangegeven dat de Wet Bopz in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie onvoldoende werkt. Er wordt weinig gebruik gemaakt van de mogelijkheden die de wet biedt in die zin dat er weinig machtigingen worden verleend met betrekking tot jeugdigen. Een probleem daarbij is dat steeds meer jeugdigen, die in verband met een psychiatrische aandoening in een psychiatrisch ziekenhuis moeten worden opgenomen, zodanig ernstige gedragsproblemen hebben dat deze de jeugdigen gevaar doen veroorzaken. Vaak is het moeilijk aan te tonen dat de gedragsproblemen een causaal verband hebben met de stoornis. Er is dan geen grond voor het verlenen van een machtiging. Bovendien is het oordeel dat het instrumentarium dat de Wet Bopz biedt onvoldoende is toegesneden op de bijzondere positie van jeugdigen. Bij de algemene uitgangspunten van de Wet Bopz, zoals de autonomie van de patiënt, het gevaarscriterium en de gedwongen opname worden vanuit de instellingen voor de Kinder- en Jeugdpsychiatrie kanttekeningen geplaatst. De Wet Bopz veronderstelt een autonome patiënt die in principe handelingsbekwaam is en zelfstandig beslissingen kan nemen. In de Kinder- en Jeugdpsychiatrie is de autonomie van de patiënt nog volop in ontwikkeling en zijn de jeugdige patiënten nog niet altijd in staat zijn tot een redelijke waardering van hun belangen. In de praktijk leidt dit er nogal eens toe dat jeugdigen wilsonbekwaam worden geacht en er met de ouders onderhandeld wordt over toestemming voor gedwongen behandeling. De relatie tussen de jeugdige en de ouders komt hierdoor onder druk te staan. Door de verantwoordelijkheid in deze situatie bij de behandelaar te leggen kan dit voorkomen worden. Ook ten aanzien van verzet geldt dat dit begrip bij met name jeugdigen in de pubertijd moeilijk hanteerbaar is. Verzet is onlosmakelijk verbonden met de ontwikkeling van iedere adolescent, waardoor het in de praktijk lastig is om te bepalen wanneer er sprake is van bereidheid en instemming en wanneer juist niet. Het gevaarscriterium wordt niet in alle gevallen geschikt geacht als criterium voor de vrijheidsbeperkende maatregelen bij jeugdigen. Naast het gevaar, wordt het beperken van ernstig nadeel in de ontwikkelingsmogelijkheden als gevolg van de psychiatrische aandoening als criterium bij jeugdigen voorgesteld vanuit de instellingen voor de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. De rechter heeft overigens uitgesproken dat ernstig nadeel voor de ontwikkeling van het kind, ook valt binnen het gevaarscriterium.⁸⁸

De evaluatiecommissie geeft in overweging om in een nieuwe wettelijke regeling het ernstig nadeel voor de ontwikkeling van het kind ook expliciet in de wet te benoemen om daarmee op dit punt meer duidelijkheid te scheppen voor de praktijk. Ook het uitgangspunt dat door middel van een gedwongen opname het gevaar wordt afgewend, sluit niet goed aan bij de problematiek van jeugdigen. In de Kinder- en Jeugdpsychiatrie acht men het wenselijk om een continuüm van gedwongen zorg te bieden, met zo min mogelijk gedwongen opname. De gedwongen zorg voor jeugdigen is erbij gebaat om het dagelijkse leven zoveel mogelijk in stand te houden en de gedwongen opname te beperken in duur en frequentie. Ook bij de gedwongen behandeling met medicatie geldt dat daar met de nodige terughoudendheid mee dient te worden omgegaan, aangezien deze jongeren nog volop in ontwikkeling zijn en er minder bekend is over de werking en de bijwerkingen van psychofarmaca bij deze jeugdige groep. De evaluatiecommissie acht het wenselijk dat bij het formuleren van een nieuwe regeling rekening wordt gehouden met de specifieke problematiek in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Naast de kritiek op de uitgangspunten van de Wet Bopz worden er in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie nog een aantal knelpunten gesignaleerd. Het ontbreken van mogelijkheden tot het nemen van opvoedkundige maatregelen wordt in de praktijk als een knelpunt ervaren. Daarnaast wordt de grens tussen middelen en maatregelen en opvoedkundige maatregelen bij jeugdigen als arbitrair beleefd. In het kader van de opvoeding wordt ook dwang en drang uitgeoefend, bijvoorbeeld door middel van tijdelijke afzondering, zonder dat er sprake is van een directe relatie met de psychiatrische aandoening en er geen causaal verband bestaat tussen het gevaar en de aandoening. Ondanks hetgeen hiervoor is opgemerkt in beide voorgaande evaluaties, zijn tot op heden geen initiatieven genomen voor een wettelijke regeling van opvoedkundige maatregelen in de Wet Bopz. De commissie acht het wenselijk dat op korte termijn actie wordt ondernomen op dit punt.

In de paragraaf over de huisregels beveelt de evaluatiecommissie aan om de regeling voor de huisregels te verruimen. In de Kinder- en Jeugdpsychiatrie bestaat de behoefte om in het kader van het therapeutische of opvoedkundige klimaat alcohol en drugs te kunnen verbieden, grenzen te kunnen stellen aan onderling seksueel contact en ruimte te kunnen bieden voor pedagogische interventies. Bij de instellingen bestaat veel onduidelijkheid over de vraag of dergelijke beperkingen in de huisregels mogen worden vastgelegd of dat een dergelijk verbod moet worden opgenomen in het behandelingsplan. Gelet op het belang van een goed therapeutisch en opvoedkundig klimaat acht de evaluatiecommissie het wenselijk om in huisregels beperkingen op te kunnen leggen aan het gebruik van alcohol en drugs en onderling seksueel contact.

De evaluatiecommissie is ervan op de hoogte dat er bij de Tweede Kamer een wetsvoorstel is ingediend dat de mogelijkheid opent tot gedwongen opneming en verblijf in de jeugdzorg en tot het toepassen van dwang gedurende dat verblijf.⁸⁹ Het gaat om jeugdigen met ernstige gedragsproblemen die opneming in een jeugdzorgaccommodatie nodig maken. Zij kunnen ingevolge het wetsvoorstel gedwongen worden opgenomen om te voorkomen dat zij zich aan de voor hen noodzakelijke zorg onttrekken. De rechtsgrond van de dwang is de, in het EVRM naast de psychische stoornis genoemde behoefte aan opvoeding. Eenmaal opgenomen is dwang mogelijk met als grond dat de noodzakelijke jeugdzorg moet kunnen plaatsvinden. Zonder een oordeel uit te spreken over de inhoud van die regeling, beveelt de commissie aan dat bij de aanpassing van de Wet Bopz met betrekking tot de positie van jeugdigen samenhang wordt aangebracht met de regeling voor de jeugdzorg.

Ook de positie van (licht)verstandelijk gehandicapten verdient aandacht. Het per doelgroep ontwikkelen van regelingen herbergt het gevaar in zich dat er verschillen ontstaan die niet voortvloeien uit de aard van de problematiek. Bij de regelgeving moet er nadrukkelijk voor worden gezorgd dat de regelingen zodanig op elkaar aansluiten dat de zorgbehoefte van de jeugdige centraal staat en de mogelijkheden tot dwang niet bepalend zijn bij de keuze van zorg.

Tenslotte signaleert de evaluatiecommissie dat er binnen de instellingen voor Kinderen en Jeugdpsychiatrie jeugdigen worden behandeld op grond van verschillende titels. Dit betekent dat de instellingen geconfronteerd worden met een groot aantal verschillende juridische regimes die van toepassing zijn op de jeugdigen. De complexiteit van de regelgeving dient naar het oordeel van de evaluatiecommissie te worden gereduceerd door de verschillende wetten die op jeugdigen van toepassing zijn, beter op elkaar aan te laten sluiten.

Conclusie

De evaluatiecommissie acht het wenselijk dat bij het formuleren van een nieuwe regeling rekening wordt gehouden met de bijzondere aard en problematiek van de Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

In de voorgaande evaluaties is het ontbreken van een wettelijke regeling ten aanzien van opvoedkundige maatregelen als een knelpunt gesignaleerd. Deze constatering heeft voor de wetgever echter tot op heden nog geen aanleiding gegeven tot wijziging van de Wet Bopz. De evaluatiecommissie acht het wenselijk dat op korte termijn alsnog actie wordt ondernomen op dit punt.

Gelet op het belang van een goed therapeutisch en opvoedkundig klimaat, acht de evaluatiecommissie het wenselijk om in huisregels beperkingen op te kunnen leggen

aan het gebruik van alcohol en drugs en onderling seksueel contact.

De evaluatiecommissie acht het wenselijk dat de wetgeving met betrekking tot jeugdigen in onderlinge samenhang tot stand wordt gebracht. De Wet Bopz, de voorgestelde regeling voor de jeugdzorg, de strafrechtelijke wetgeving en de regeling voor verstandelijk gehandicapten dienen in onderlinge samenhang tot stand te worden gebracht, zodanig dat de zorgbehoefte van de jeugdige centraal staat bij de keuze van de zorg.

3.15 Wils(on)bekwaamheid

Het concept wils(on)bekwaamheid speelt in de Wet Bopz een zeer beperkte rol. Slechts op enkele plaatsen wordt hieraan gerefereerd, zoals in artikel 38, tweede lid, in het kader van de overlegverplichting van de behandelaar over het behandelingsplan. Als de behandelaar beslist dat de patiënt *“niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de voorgestelde behandeling”*, moet hij overleggen met de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt.⁹⁰ De beslissing van de behandelaar om de patiënt wilsonbekwaam te achten, is een klachtwaardige beslissing. De betekenis van wilsonbekwaamheid wordt in de huidige systematiek van de Wet Bopz verder beperkt doordat de wilsonbekwaamheid geen rechtsgevolgen heeft bij verzet van de patiënt.⁹¹ In dat geval biedt de Wet Bopz geen basis voor betrokkenheid van de wettelijke vertegenwoordigers van de wilsonbekwame patiënt bij beslissingen.

De beoordeling van iemands wilsbekwaamheid wordt in de Wet Bopz niet gekoppeld aan de afweging of een vrijheidsbenemende of vrijheidsbeperkende maatregel als de gedwongen opnemings- of dwangbehandeling aan de orde is. Dit is in de Wgbo anders, althans waar het gaat om de vraag of mag worden overgegaan tot ‘een verrichting van ingrijpende aard’ ondanks het verzet van de betrokkene. Op grond van artikel 7:465, zesde lid, van het Burgerlijk Wetboek (Wgbo) kan een dergelijke handeling tegen de wil van een wilsonbekwame meerderjarige patiënt worden uitgevoerd *“indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen”*.

Indien de tijd ontbreekt voor het vragen van toestemming van de vertegenwoordiger van de betrokkene, mag worden overgegaan tot de verrichting zonder toestemming indien nodig ter voorkoming van ernstig nadeel.⁹² De toestemming wordt verondersteld te zijn gegeven indien de verrichting van niet ingrijpende aard is.⁹³

90 Art. 4 Wet Bopz.

91 Artikel 38, vijfde lid, Wet Bopz.

92 Artikel 7:466, eerste lid, BW.

93 Artikel 7:466, tweede lid, BW.

De evaluatiecommissie heeft zich de vraag gesteld of de wijze waarop wilsbekwaamheid in de Wet Bopz een rol speelt heroverweging verdient, en beantwoordt deze vraag bevestigend. De evaluatiecommissie vindt het niet vanzelfsprekend dat de normering van psychiatrische dwang onafhankelijk is van een oordeel over de wilsbekwaamheid van de patiënt.⁹⁴ De evaluatiecommissie is van mening dat als uitgangspunt zou moeten worden gehanteerd dat de patiënt de vrijheid moet worden toegekend om volledig bij zinnen een bepaalde interventie af te wijzen. In de Wet Bopz of een nieuwe wettelijke regeling dient de wilsbekwaamheid een wezenlijk grotere rol te gaan spelen en dient meer waarde te worden gehecht aan wilsbekwaam verzet dan aan wilsonbekwaam verzet. Dit uitgangspunt brengt met zich mee dat wilsbekwaam verzet tegen een interventie geldt, ook als de patiënt op het moment dat de interventie noodzakelijk is, wilsonbekwaam is terzake van die interventie. Genoemde uitgangspunten sluiten ook aan bij de bevindingen in het deelonderzoek *Internationale ontwikkelingen*, waarin wordt aangegeven dat uit de rechtspraak van het EHRM en internationale documenten een beeld opdoemt dat meer onderscheid rechtvaardigt tussen wilsbekwame en wilsonbekwame patiënten dan de Wet Bopz thans doet.⁹⁵

Op het uitgangspunt dat wilsbekwaam verzet gehonoreerd dient te worden, zal een uitzondering moeten worden gemaakt voor de situatie waarin de patiënt gevaar *voor anderen* veroorzaakt. Als dit gevaar alleen met dwang kan worden weggenomen, is er naar de mening van de evaluatiecommissie aanleiding om ook bij wilsbekwame patiënten dwang toe te passen. Dit geldt voor zowel de situatie waarin een beslissing over een gedwongen opname moet worden genomen, als de situatie waarin na opname gevaar voor derden ontstaat of blijft bestaan. Waar de patiënt uitsluitend gevaar voor zichzelf oplevert, hanteert de evaluatiecommissie als uitgangspunt dat er in principe geen grond is voor dwang bij een patiënt die ter zake van zijn behandeling wilsbekwaam is. Het is volgens de evaluatiecommissie de vraag of, mede gelet op de uitspraken van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens, wilsbekwaam verzet in uitzonderlijke situaties nader geclausuleerd zal moeten worden ter bescherming van de menselijke waardigheid.

De evaluatiecommissie benadrukt hierbij dat in haar ogen het wilsbekwaam zijn van de patiënt het uitgangspunt moet zijn. De behandelaar of andere hulpverleners mogen niet te snel concluderen dat de patiënt wilsonbekwaam is. In dit perspectief herhaalt de evaluatiecommissie graag de criteria die door het Samenwerkingsverband Implementatieprogramma Wgbo⁹⁶ zijn vastgesteld om te beoordelen of iemand wilsbekwaam is.⁹⁷

94 Zie hierover ook Widdershoven (2006).

95 Deel 7: Internationale ontwikkelingen, § 3.3.

96 Dit samenwerkingsverband bestaat uit een aantal organisaties van zowel patiënten als zorgverleners.

97 Zie Witmer & De Roode (2004), bijlage 9.

Deze criteria zijn:

- kenbaar maken van een keuze;
- begrijpen van informatie;
- beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie;
- logisch redeneren en betrekken van de informatie in het overwegen van behandelopties.

De evaluatiecommissie beseft dat aan de introductie van het begrip wils(on)-bekwaamheid in de bovenbedoelde zin ook nadelen zitten. Algemeen wordt onderkend dat het vaststellen van wils(on)bekwaamheid niet eenvoudig is en bovendien geen statisch gegeven is. Zoals het door het eerder aangehaalde samenwerkingsverband is geformuleerd: *“wilsbekwaamheid kan fluctueren in de tijd en kan variëren per beslissings- of handelingsdomein. Een beoordeling moet dus periodiek plaatsvinden en gericht zijn op verschillende, voor het handelen van de betrokkene relevante vaardigheden.”*

De evaluatiecommissie onderkent dat, indien wordt gekozen voor de koppeling van een dwanginterventie aan een beoordeling van de wils(on)bekwaamheid, de uitvoeringspraktijk hier goed op moet worden voorbereid. Niet alleen is de vaststelling van wils(on)bekwaamheid soms een gecompliceerde aangelegenheid, maar ook kan niet worden volstaan met een eenmalige beoordeling van wils(on)-bekwaamheid.

Niettemin ziet de evaluatiecommissie hierin geen aanleiding om af te zien van introductie van dit concept. Het voordeel van een grotere vrijheid van de wilsbekwame patiënt weegt naar haar mening op tegen deze nadelen. Bovendien wordt ook van de zijde van de psychiaters gepleit voor een belangrijker functie van wils(on)bekwaamheid in de wet⁹⁸

De evaluatiecommissie is het op dit punt niet eens met het oordeel van de regering dat het begrip wilsonbekwaamheid de werkbaarheid van de wet niet ten goede komt.⁹⁹ Weliswaar zal een groter appèl moeten worden gedaan op de capaciteiten van de behandelaar en anderen om de mate van wilsbekwaamheid te beoordelen, maar dit kwalificeert een wettelijke regeling nog niet als niet werkbaar. Bovendien zijn in de praktijk inmiddels richtlijnen ontwikkeld die een toetsingskader bieden voor hulpverleners die zich een oordeel moeten vormen over de wilsbekwaamheid van de patiënt.¹⁰⁰ De evaluatiecommissie heeft geen geluiden gehoord die erop wijzen dat het veld hier niet mee uit de voeten kan.

98 Van Veldhuizen (2006).

99 Zie laatstelijk Kamerstukken II, vergaderjaar 2006-2007, 30 492, nr. 7, p. 16.

100 Zie bijvoorbeeld het stappenplan zoals dit is opgenomen in Witmer & De Roode (2004), bijlage 9.

Conclusie

Het concept wils(on)bekwaamheid speelt thans in de Wet Bopz een zeer beperkte rol. De evaluatiecommissie acht het wenselijk dat de wils(on)bekwaamheid een wezenlijk grotere rol krijgt binnen de Wet Bopz of een nieuwe regeling. Uitgangspunt zou moeten zijn dat wilsbekwame weigering van behandeling gerespecteerd dient te worden en dat er meer waarde wordt gehecht aan wilsbekwaam verzet dan aan wilsonbekwaam verzet. Indien het wilsbekwame verzet leidt tot gevaar voor derden kan tot dwangmaatregelen worden besloten, waarbij doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit het uitgangspunt zijn. Het is volgens de evaluatiecommissie de vraag of, mede gelet op de jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens, wilsbekwaam verzet in uitzonderlijke situaties nader geclausuleerd zal moeten worden ter bescherming van de menselijke waardigheid.

3.16 De voorwaardelijke machtiging

De evaluatiecommissie heeft tot taak om apart aandacht te besteden aan de regeling van de voorwaardelijke machtiging die per 1 januari 2004 in werking is getreden.¹⁰¹ De regeling behelst, kort gezegd, een systeem waarin de rechter een voorwaardelijke machtiging kan afgeven indien een persoon van 12 jaar of ouder gevaar veroorzaakt door een psychiatrische aandoening dat buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend door het naleven van bepaalde voorwaarden (zoals de inname van medicatie of het volgen van een bepaalde therapie). De machtiging legitimeert tot gedwongen opneming bij niet naleving van de voorwaarden of een gevaarssituatie die ondanks naleving van de voorwaarden blijft bestaan. Met de regeling is het systeem van de Wet Bopz doorbroken waarin dwangbehandeling en de werking van een machtiging, is beperkt tot de intramurale setting. Het uitgangspunt van de regeling is dat een patiënt met een voorwaardelijke machtiging juist buiten de muren van een psychiatrisch ziekenhuis kan verblijven.

De regeling van de voorwaardelijke machtiging bevat regels over de afgifte van een voorwaardelijke machtiging en voor de opnemingsprocedure na het verlenen van de voorwaardelijke machtiging. In het deelonderzoek *Dwang en drang buiten de instelling* is niet alleen een uitgebreide beschrijving van de totstandkomingsgeschiedenis van de regeling opgenomen, maar is ook onderzoek gedaan naar haar werking. Daarbij is ook het bij de Eerste Kamer aanhangige wetsvoorstel betrokken waarin de regeling van de voorwaardelijke machtiging wordt aangepast.¹⁰²

De evaluatiecommissie is onder de indruk van de grondigheid en de kwaliteit van het onderzoek en verwijst graag naar de bevindingen zoals die in het deelonderzoek zijn opgenomen. Kort samengevat luidt de slotconclusie van het onderzoek dat de voorwaardelijke machtiging op zichzelf als een welkome machtigingsvariant kan

101
102

Zie Bijlage 3, artikel 2, derde lid, Instellingsbesluit evaluatiecommissie derde evaluatie van de Wet Bopz. Kamerstukken I, vergaderjaar 2005-2006, 30 492.

worden beschouwd.¹⁰³ Geconstateerd wordt wel dat de regeling van de voorwaardelijke machtiging – in de bewoordingen van het onderzoek - duidelijke kinderziektes kent, waarvan enkele reeds door de wetgever onderhanden worden genomen. De voorgestelde vereenvoudiging van de opnemingsprocedure juichen de onderzoekers toe, maar het blijft voor hen de vraag of de procedure niet iets te veel doorschiet ten koste van de rechtsbescherming van de patiënt. Een eerste aanbeveling is om de opnemingsprocedure te laten verlopen als voorgesteld, maar de geneesheer-directeur of diens plaatsvervanger na opneming door middel van een persoonlijk onderzoek een beoordeling te laten geven of de opneming terecht is. Een tweede aanbeveling is dat de advocaat van de patiënt en eventueel de patiëntenvertrouwenspersoon op de hoogte worden gesteld van de opneming, zodat door de patiënt kan worden overwogen of hij de rechtmatigheid van zijn opneming ter toetsing wil voorleggen aan de rechter.

Voorts worden in het onderzoek problemen gesignaleerd rond de conversie van de voorwaardelijke machtiging in een voorlopige machtiging bij een (gedwongen) opneming en wordt ingegaan op de toepassingspraktijk van artikel 8a. In het onderzoek wordt gesteld dat het veld meer behoefte heeft aan een flexibele inzet van de verschillende opnemingsmodaliteiten die nu strikt van elkaar gescheiden zijn.¹⁰⁴ In het onderzoek wordt de aanbeveling gedaan om de toepassingsmogelijkheden van de Wet Bopz zodanig te flexibiliseren dat een machtiging op maat mogelijk is. De suggestie wordt gedaan om na te denken over het vervangen van de voorwaardelijke machtiging en de voorlopige machtiging door een basismachtiging waarin al dan niet opneming plaatsvindt.

Wat betreft de conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 6 van het deelonderzoek *Dwang en drang buiten de instelling*, merkt de evaluatiecommissie op dat deze betrekking hebben op een situatie waarin de voorwaardelijke machtiging onderdeel blijft van het bestaande systeem van de Wet Bopz waarin de machtiging als titel voor gedwongen opneming van de patiënt centraal staat. De evaluatiecommissie beveelt aan om de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek die zij op zichzelf genomen omarmt, te betrekken bij de aanbevelingen van de evaluatiecommissie in dit hoofdstuk over de verbetering van het huidige stelsel. Daarbij plaatst zij evenwel de kanttekening dat het voor de evaluatiecommissie de vraag is of de voorgestelde toetsing van de rechtmatigheid van een gedwongen opneming achteraf door de geneesheer-directeur wel conform de eisen van het EVRM is. Het EVRM vereist immers dat een beslissing tot vrijheidsbeneming wegens een psychiatrische

103 Deel 2: Dwang en drang buiten de instelling, § 6.3.8.
104 Deel 2: Dwang en drang buiten de instelling, § 6.3.8.

aandoening ten minste is gebaseerd op een actueel medisch-deskundig oordeel waarin wordt vastgesteld dat er sprake is van een stoornis die dwangopnemning vereist.¹⁰⁵

In het licht van de voorstellen die de evaluatiecommissie in hoofdstuk 4 doet, krijgt de aanbeveling om een basismachtiging te ontwikkelen waarin de voorwaardelijke machtiging en de voorlopige machtiging worden geïntegreerd, een andere betekenis. Immers, in de schets van de nieuwe regeling zal de nieuwe rechterlijke machtiging zich ook uitstrekken tot ambulante situaties, en zal daarin niet langer plaats zijn voor andere afzonderlijke machtigingen. In die nieuwe rechterlijke machtiging zullen niet alleen de voorwaardelijke machtiging en de voorlopige machtiging, maar ook de andere modaliteiten die de Wet Bopz kent – uitgezonderd de lbs - worden geïncorporeerd. De suggestie om een basismachtiging te ontwikkelen sluit naadloos aan bij de opzet die de evaluatiecommissie in hoofdstuk 4 voor ogen staat.

Conclusie

De voorwaardelijke machtiging kan als een welkome machtigingsvariant worden beschouwd, zij het dat er ook kinderziektes zijn gesignaleerd, waarvan enkele reeds door de wetgever onderhanden worden genomen.

De evaluatiecommissie neemt de aanbeveling van de onderzoekers over om de geneesheer-directeur na opnemings door middel van een persoonlijk onderzoek te laten beoordelen of de opnemings terecht is. Dat geldt ook voor de aanbeveling om de advocaat van de patiënt en eventueel de patiëntenvertrouwenspersoon op de hoogte te stellen van de opnemings, zodat de rechtmatigheid van de opnemings zonnodig ter toetsing aan de rechter kan worden voorgelegd. De aanbeveling om de Wet Bopz zodanig te flexibiliseren dat een machtiging op maat mogelijk is, wordt eveneens omarmd. De evaluatiecommissie is evenwel van oordeel dat de voorgestane flexibele basismachtiging moeizaam inpasbaar is binnen de huidige kaders van de Wet Bopz en beveelt daarom aan dit uit te werken in een nieuwe regeling.

3.17 Toepassing van de Wet Bopz bij allochtone patiënten

Aan de evaluatiecommissie is de opdracht gegeven speciale aandacht te besteden aan de positie van patiënten met een andere etnische achtergrond. Daarmee doet de minister van VWS een toezegging aan de Tweede Kamer gestand. De achtergrond is de gedachte dat de sociale en culturele achtergrond van allochtone patiënten tot specifieke problemen zouden kunnen leiden.

105

EHRM 5 oktober 2000, Varbanov tegen Bulgarije, BJ 2001/36, m.nt. W.J.A.M. Dijkers. Zie ook EHRM 31 juli 2003, Kepenerov tegen Bulgarije, *EJHL* 2003/10.

Het deelonderzoek *Toepassing van de Wet Bopz bij allochtone cliënten* was gericht op het opsporen van mogelijke knelpunten die zich specifiek voordoen bij allochtone patiënten. Het was een kwalitatief verkennend onderzoek beperkt tot toepassing van dwang bij een beperkte groep allochtone patiënten.

Uit het onderzoek blijkt dat de ervaringen met dwang bij allochtone patiënten niet wezenlijk verschillen van andere (autochtone) patiënten. Beide groepen ervaren machteloosheid en onzekerheid en benoemen problemen in het communiceren met de hulpverleners. Familieleden voelen zich onvoldoende geïnformeerd en buiten gesloten en ervaren dit incidenteel als discriminatie.

Uit het onderzoek blijkt dat naar indruk van hulpverleners bij dwangtoepassing minder fricties ontstaan dan bij autochtone patiënten, omdat de autoriteit van de hulpverlener gerespecteerd wordt. Een ander verschil is dat de allochtone patiënten hechten aan het stempel 'ziek' om niet als crimineel te boek te staan. Sommige geïnterviewde hulpverleners sluiten daarom niet uit dat vaker dwang wordt toegepast bij allochtone patiënten.

Het onderzoek geeft naar de mening van de evaluatiecommissie geen aanleiding tot het doen van aanbevelingen tot aanpassing van de Wet Bopz. Wel wordt duidelijk dat meer onderzoek noodzakelijk is. De evaluatiecommissie onderschrijft de wenselijkheid van verder onderzoek naar deze materie. Daarbij lijkt kwantitatief onderzoek naar de toepassing van dwang bij allochtone patiënten geboden, evenals onderzoek naar de reactie van allochtone patiënten op dwang. Daarbij dienen niet alleen etnische, maar ook culturele en gender aspecten te worden betrokken.

Ook de aanbeveling te onderzoeken waarom weinig allochtone patiënten en familieleden van allochtone patiënten bij belangenverenigingen zijn aangesloten en of er wellicht behoefte is aan het bespreken van problemen in eigen kring, wordt overgenomen, evenals de aanbevelingen die betrekking hebben op het benutten van ervaringskennis, waarbij zij aangetekend dat het belang van het benutten daarvan niet beperkt is tot allochtone patiënten.

Conclusie

Het onderzoek naar de toepassing van de Wet Bopz bij allochtone patiënten laat een aantal knelpunten zien, maar geeft geen aanleiding tot aanpassing van de wet. Wel beveelt de evaluatiecommissie, mede gelet op de beperkte omvang van het onderzoek, om verder onderzoek te doen naar de toepassing van dwang bij allochtone patiënten en de reactie van allochtone patiënten op dwang. Daarnaast zou onderzoek moeten worden gedaan naar de achtergronden van de ondervertegenwoordiging van deze groep in belangenverenigingen.

Aanbevelingen

3.18 Aanbevelingen

In de voorgaande paragrafen zijn op basis van de bevindingen en conclusies van de evaluatiecommissie verschillende aanbevelingen gedaan om de Wet Bopz aan te passen en beter te laten functioneren in de praktijk. In deze paragraaf wordt een thematisch overzicht gegeven van alle 41 aanbevelingen van de evaluatiecommissie. De aanbevelingen die niet expliciet verwijzen naar de Wet Bopz of een nieuwe regeling, zijn zowel van toepassing op de huidige Wet Bopz als ook op een nieuw wettelijk kader.

Algemeen

1. De bestaande koppeling tussen opname en behandeling moet in een nieuwe regeling worden losgelaten. Zorg, behandeling en beveiliging van en voor de patiënt dienen centraal komen te staan. De gedwongen opname van de psychiatrische patiënt moet niet langer als vertrekpunt worden beschouwd, maar als een van de modaliteiten binnen het kader van gedwongen zorg, behandeling of beveiliging. Dit betekent dat het locatiegebonden karakter van de Wet Bopz wordt vervangen door een 'persoonsvolgende' regeling.
2. Wils(on)bekwaamheid dient een wezenlijk grotere rol te krijgen binnen de Wet Bopz of een nieuwe regeling. Uitgangspunt zou moeten zijn dat wilsbekwame weigering van behandeling gerespecteerd dient te worden en dat er meer waarde wordt gehecht aan wilsbekwaam verzet dan aan wilsonbekwaam verzet. Indien het wilsbekwame verzet leidt tot gevaar voor derden kan tot dwangmaatregelen worden besloten, waarbij doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit uitgangspunt zijn. Het is de vraag of, mede gelet op de jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens, wilsbekwaam verzet in uitzonderlijke situaties nader geclausuleerd zal moeten worden ter bescherming van de menselijke waardigheid.
3. Een nieuwe regeling dient een opnemingscriterium te bevatten dat objectieve toetsing mogelijk maakt. De evaluatiecommissie acht het handhaven van het huidige gevaarscriterium in de Wet Bopz of een nieuwe regeling wenselijk, omdat daardoor de duidelijkheid die in de praktijk en jurisprudentie is ontstaan, behouden blijft.
4. Voor de 'geen bereidheid-geen bezwaar'-patiënten dient de regeling zodanig te worden aangepast dat zij ook kunnen worden opgenomen en behandeld wanneer zij geen gevaar veroorzaken. De voorwaarden die reeds bij de tweede evaluatie van de Wet Bopz zijn geformuleerd en de aanvullende voorwaarden vanuit het perspectief van het EHRM, dienen hierbij betrokken te worden.

5. De huidige toedeling van taken aan de verschillende actoren dient in een nieuwe regeling kritisch te worden gezien vanuit het perspectief dat de taken op grond van de Wet Bopz in veel gevallen slechts een klein onderdeel vormen van het totale takenpakket van de afzonderlijke actoren. Herschikking van taken door centralisatie van taken en reductie van het aantal actoren verdient aanbeveling.
6. De regeling voor de huisregels moet worden verruimd. Huisregels zouden ook regels moeten bevatten om het therapeutisch klimaat en de veiligheid binnen de afdeling te waarborgen, mits die noodzakelijk en proportioneel zijn. Met het oog op de rechtsgelijkheid is het wenselijk dat de koepels modellen voor huisregels ontwikkelen.
7. De wettelijke regeling dient te worden uitgebreid met een regeling voor gedwongen vervoer en gedwongen verblijf voorafgaand aan de afgifte van een inbewaringstelling.

Geneesheer-directeur

8. In een nieuwe wettelijke regeling zal de rol van de geneesheer-directeur beter moeten aansluiten bij de huidige organisatiestructuur van de GGZ.
9. De wettelijke regeling dient duidelijkheid te verschaffen over de bevoegdheden die zich lenen voor mandatering door de geneesheer-directeur.
10. De huidige taken van de geneesheer-directeur kunnen in een nieuwe regeling worden belegd bij een onafhankelijke functionaris of regionaal orgaan.

Rechter

11. Het is niet wenselijk dat rechters-plaatsvervangers worden belast met uitspraken in Bopz-zaken.
12. Het op peil houden van kennis bij Bopz-rechters behoeft voortdurende aandacht.

Complexiteit van de wet

13. Intensivering van voorlichting door een gezamenlijke en bredere organisatie door de ministeries van VWS en van Justitie is het overwegen waard.
14. De complexiteit van de Wet Bopz kan worden gereduceerd door het aanbrengen van wetstechnische verbeteringen en het verplaatsen van gedetailleerde regels naar een lager niveau.
15. Mede gelet op de beperkte juridische kennis van de bij de uitvoering betrokken actoren, ziet de evaluatiecommissie voordelen aan inclusie van de Awb-normen in een nieuwe wettelijke regeling.

Geneeskundige verklaring

16. De weigering van een onafhankelijke psychiater om een geneeskundige verklaring af te geven dient toetsbaar te worden gemaakt.
17. Het is wenselijk om één model voor een geneeskundige verklaring te ontwikkelen.
18. Naast het oordeel van de onafhankelijke psychiater zou ook de mening van de behandelend psychiater tot uitdrukking moeten komen in de geneeskundige verklaring. De mening van naasten, voor zover zij betrokken zijn bij de patiënt, zou ter informatie van de officier van justitie en de rechter bij de geneeskundige verklaring kunnen worden gevoegd.

Klachtrecht

19. De instellingen dienen de kwaliteit van de klachtencommissies te bevorderen.
20. De patiëntenvertrouwenspersoon dient ook in een nieuwe wettelijke regeling een plaats te behouden.
21. Bij een nieuwe wettelijke regeling moet worden overwogen om de mogelijkheid te creëren voor een aangeklaagde instelling of behandelaar om in beroep te gaan tegen een uitspraak in een klachtprocedure.
22. De trend dat het voornemen tot toepassing van dwang in toenemende mate vroegtijdig aan de patiënt wordt gemeld, verdient brede navolging.

Grensvlak straf en zorg

23. De wettelijke mogelijkheden om extra beveiligingsmaatregelen te treffen voor een nauwkeurig omschreven groep patiënten, zij die in beperkte mate behandelbaar en blijvend delictgevaarlijk zijn, moeten worden uitgebreid.

Deze uitbreiding dient gepaard te gaan met een overeenkomstige uitbreiding van de rechtsbescherming voor deze patiënten en met behoud van het humane karakter van de zorg.

24. Artikel 51 Wet Bopz dient te worden vervangen door een nieuwe regeling waarin niet alleen de eerder geconstateerde gebreken en onduidelijkheden worden hersteld, maar ook de conclusies van de evaluatiecommissie en de overige aanbevelingen worden betrokken.
25. Het initiatief voor de oprichting van de Kliniek voor Duurzaam Verblijf in Beilen verdient, afgezien van de kritische kanttekeningen bij de plaatsing buiten de eigen regio, navolging.

26. De oprichting van penitentiair psychiatrische afdelingen en afzonderlijke 'forensische psychose klinieken' is wenselijk.
27. De behandelingsmogelijkheden binnen het Gevangeniswezen en de TBS-sector dienen te worden verbeterd, de zorg in de GGZ en in justitiële inrichtingen dient van gelijk niveau te zijn.
28. De evaluatiecommissie onderschrijft de aanbevelingen van de commissie Visser en het kabinetsstandpunt op grond waarvan de Wet Bopz, de Pbw en aanverwante regelgeving worden aangepast, zodat de mogelijkheden voor dwangbehandeling overeenkomstig worden.
Er dient nader te worden onderzocht op welke wijze de criteria van de Wet Bopz in de Beginselenwetten kunnen worden ingepast.
29. De misverstanden rond de toepassing van de artikel 37 Sr-maatregel dienen te worden weg genomen door intensivering van de voorlichting, onder andere ook door cursussen die 'van binnenuit' door de rechterlijke macht worden verzorgd.
30. De strafrechter moet in artikel 37 Sr. de mogelijkheid worden toegekend om een Bopz-machtiging volgens de Bopz-criteria af te geven.
31. De strafrechter moet bij een verzoek om verlenging of bij beëindiging van een PIJ- of TBS-maatregel de mogelijkheid worden toegekend om een Bopz-machtiging volgens de Bopz-criteria af te geven.

Kinder- en Jeugdpsychiatrie

32. Bij een nieuwe regeling dient rekening te worden gehouden met de bijzondere aard en problematiek van de Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
33. Op korte termijn dient de Wet Bopz of een nieuwe regeling te voorzien in de mogelijkheid tot het treffen opvoedkundige maatregelen, conform de aanbevelingen van de tweede evaluatie.
34. Gelet op het belang van een goed therapeutisch en opvoedkundig klimaat moeten in huisregels beperkingen kunnen worden opgelegd aan het gebruik van alcohol en drugs en onderling seksueel contact bij jeugdigen.
35. De wetgeving met betrekking tot jeugdigen dient in onderlinge samenhang tot stand te worden gebracht. De Wet Bopz, de regeling voor de jeugdzorg, de strafrechtelijke wetgeving en de regeling voor verstandelijk gehandicapten dienen in onderlinge samenhang tot stand te worden gebracht, zodanig dat de zorgbehoefte van de jeugdige centraal staat bij de keuze van de zorg.

Voorwaardelijke machtiging

36. Na opneming op basis van een voorwaardelijke machtiging dient de geneesheer-directeur door middel van een persoonlijk onderzoek te beoordelen of de opneming terecht is.
37. De advocaat van de patiënt en eventueel de patiëntenvertrouwenspersoon moeten op de hoogte worden gesteld van de opneming, zodat de rechtmatigheid van de opneming zonodig ter toetsing aan de rechter kan worden voorgelegd.
38. Een nieuwe regeling moet de mogelijkheid bieden voor een machtiging op maat, die een flexibele inzet van de verschillende vormen van gedwongen ambulante en intramurale zorg mogelijk maakt.

Allochtone patiënten

39. Het is wenselijk om nader onderzoek te doen naar de toepassing van dwang bij allochtone patiënten en de reactie van allochtone patiënten op dwang.
40. Het is wenselijk om onderzoek te doen naar de achtergronden van de ondervertegenwoordiging van allochtone patiënten en hun familie in belangenverenigingen.

Evaluatie

41. Bij een volgende evaluatie is het wenselijk om de evaluatiecommissie de onderzoeksvragen te laten formuleren en de onderzoeken pas aan te besteden nadat de evaluatiecommissie is ingesteld. Daarnaast verdient het aanbeveling om de evaluatiecommissie verantwoordelijk te maken voor de planning van de werkzaamheden van de onderzoekers en de evaluatiecommissie.

4. CONTOUREN VAN EEN NIEUWE REGELING

4.1 Inleiding

Uit de vorige hoofdstukken is gebleken dat de Wet Bopz globaal heeft voldaan aan de doelstelling zoals die ten tijde van de totstandkoming van de wet was geformuleerd. Centraal stond het belang van het behoud van de autonomie van de psychiatrische patiënt, hetgeen resulteerde in wetgeving waarbij de kern van de regeling, de gedwongen opname van de patiënt, met veel procedurele waarborgen werd omkleed.

Sinds haar totstandkoming in 1992 is de Wet Bopz vele malen aangepast. Deze aanpassingen variëren van zuiver technische reparaties, aanpassingen in verband met de introductie van andere (algemene) wetgeving zoals de Algemene wet bestuursrecht tot inhoudelijke wijzigingen als de voorwaardelijke machtiging en de observatiemachtiging. Deze laatste wijzigingen zijn aangebracht om te blijven voldoen aan de veranderde eisen in een veranderende samenleving. De evaluatiecommissie constateert dat de Wet Bopz ondanks deze veelvuldige wijzigingen tot op heden min of meer werkbaar is gebleven, maar dat er, zoals ook uit de deelonderzoeken blijkt, een brede roep is om een ander en met name begrijpelijker wettelijk kader.

De evaluatiecommissie heeft zich de vraag gesteld of de Wet Bopz in de huidige opzet nog wel toekomstbestendig is. Is zij bestand tegen verdere ingrijpende wijzigingen? Is de Wet Bopz ook in de komende jaren nog steeds een geschikt instrument om te kunnen voldoen aan de dan te stellen eisen? Deze vragen beantwoordt de evaluatiecommissie in beginsel ontkennend. Zij gaat in het onderstaande in op de overwegingen die hieraan ten grondslag liggen. Vervolgens formuleert zij een aantal uitgangspunten voor een nieuwe regeling. Ten slotte werkt zij op hoofdlijnen de mogelijke structuur van een nieuwe regeling uit. Noodgedwongen heeft zij zich hierbij beperkt tot het schetsen van de contouren van een nieuwe regeling. De opdracht aan de evaluatiecommissie en ook het gegeven tijdsbestek, verzetten zich ertegen dat tot in detail wordt aanbevolen op welke wijze een nieuwe regeling zou kunnen worden ingericht.

De evaluatiecommissie benadrukt dat de conclusies en aanbevelingen in dit hoofdstuk met het oog op de toekomst een andere strekking hebben dan de conclusies en aanbevelingen die in hoofdstuk 3 binnen de context van de bestaande structuur zijn gedaan. De vraag naar het functioneren van de Wet Bopz herbergt in zich dat niet alleen wordt gekeken naar de verbeteringen die in het huidige systeem kunnen worden aangebracht, maar ook dat wordt gezien of een stelselherziening nodig is. Deze tweeledige aanpak heeft er toe geleid dat in hoofdstuk 3 aanbevelingen zijn gedaan die met name zijn gericht op aanpassing van de bestaande wet en dat in dit hoofdstuk aanbevelingen worden gedaan voor een nieuw wettelijk kader.

De evaluatiecommissie heeft hier bewust voor gekozen, omdat ze een handreiking wil bieden voor de situatie waarin de regering werkt aan een nieuw stelsel, terwijl ook aanpassing van het bestaande kader noodzakelijk is. Omdat het risico bestaat dat het werken aan een verbetering van de bestaande regeling zoveel tijd en energie vergt dat het werken aan een nieuw stelsel op de lange baan wordt geschoven, zijn de aanbevelingen ter verbetering van het bestaande stelsel bewust beperkt gehouden. Om te voorkomen dat de focus uitsluitend gericht zal zijn op òfwel het bestaande kader òfwel een nieuw systeem, heeft de evaluatiecommissie een tweesporenbeleid gevolgd.

4.2 Overwegingen die pleiten voor een nieuwe regeling

Voor de gedachte dat het tot stand brengen van een nieuwe regeling ter vervanging van de Wet Bopz de voorkeur verdient, pleiten (niet limitatief) de volgende overwegingen.

1. Ondanks, of misschien zelfs dankzij, alle reparaties van de Wet Bopz neemt de kritiek op de wet niet af maar veeleer toe. De Wet Bopz blijft, hoeveel voorlichting er ook is gegeven, geassocieerd met de termen ondoorzichtig, te ingewikkeld en onleesbaar. Hoewel de evaluatiecommissie, gegeven de bestaande situatie, hecht aan intensivering van de voorlichting, verwacht zij niet dat daarmee de kritiek op de wet volledig kan worden weggenomen. In de voorgaande hoofdstukken is gesignaleerd dat de uitgangspunten en de systematiek van de Wet Bopz niet meer aansluiten bij de huidige visie op zorg en op de rol van de verschillende actoren. Deze discrepantie is dermate groot geworden dat de Wet Bopz niet meer met behulp van wetstechnische reparaties kan worden aangepast aan de behoeften van deze tijd en van de komende decennia. De evaluatiecommissie vreest dat de wet, los van alle inhoudelijke kwaliteiten, binnen een relatief korte termijn niet meer voldoende draagvlak in de samenleving heeft, terwijl dat draagvlak nodig is om de wet ook in de toekomst bruikbaar te laten zijn.
2. Het oorspronkelijke doel van de Wet Bopz was weliswaar de bescherming van de patiënt en de samenleving, maar hierbij moet worden aangetekend dat de wet is ontstaan in een tijdsgewricht waarin weinig vertrouwen bestond in de psychiatrie en waarin de autonomie van de patiënt sterk werd benadrukt. Thans wordt – naast het waarborgen van het huidige niveau van rechtsbescherming en zorgvuldigheid - meer de noodzaak van zorg, behandeling en beveiliging als uitgangspunt van wetgeving gezien.
Het centrale uitgangspunt van de gedwongen opname in de Wet Bopz strookt niet met de hedendaagse opvattingen over het afwenden van gevaar en het bieden van zorg en behandeling binnen een ambulante en ‘vermaatschappelijkte’ GGZ-aanpak. Met de term ‘vermaatschappelijkte GGZ-aanpak’ wordt bedoeld op de aanpak binnen de GGZ-sector die erop gericht is de patiënt zoveel mogelijk

buiten de kliniek te laten verblijven. Het streven is dat de patiënt, voorzien van adequate zorg en behandeling, een zo veel mogelijk in de samenleving geïntegreerd leven kan leiden.

In de praktijk blijken de mogelijkheden om het gevaar binnen de instellingen af te wenden niet in alle gevallen afdoende te zijn. Gelet op de ernst van het gevaar dat een beperkte groep van zeer moeilijk te handhaven patiënten veroorzaakt, bestaat er behoefte aan speciale afdelingen met een extra zwaar beveiligingsregime. De Wet Bopz biedt onvoldoende mogelijkheden om deze problematiek het hoofd te bieden, in het bijzonder in de gevallen dat het gevaar niet in causaal verband staat met de psychiatrische aandoening van de patiënt. De evaluatiecommissie concludeert dat de Wet Bopz, hoewel zij, als sequeel van de opnemings, ook de behandeling als aangrijpingspunt hanteert en met de voorwaardelijke machtiging een alternatief voor opnemings biedt, voor de toekomst onvoldoende mogelijkheden biedt tot aansluiting bij de zorgplicht van de overheid én het recht op behandeling van de patiënt. Ook de voorgestelde regeling voor de verruiming dwangbehandeling brengt geen wezenlijke verandering in dit uitgangspunt van de Wet Bopz.¹⁰⁶

3. Een belangrijk oogmerk van de Wet Bopz is een adequate rechtsbescherming van de patiënt. De wijze waarop de rechtsbescherming vorm heeft gekregen, heeft echter geleid tot een zo uitgebreid en ingewikkeld systeem van regels, dat de wet in de praktijk niet goed werkbaar en uitvoerbaar is. Als gevolg van de vergaande juridisering is de complexiteit van de wet dermate hoog geworden dat adequate zorg – en daarbij vooral die aan kwetsbare groepen zoals de patiënten in de gbgg-groep en allochtonen – gemakkelijk gehinderd in plaats van bevorderd wordt. Kort gezegd, de vergaande juridisering van de Wet Bopz belemmert de zorgverlening.
4. Ten behoeve van de rechtsbescherming van de patiënt zijn in de Wet Bopz rollen toegekend aan diverse actoren die deze rollen veelal niet (langer) (kunnen) uitoefenen zoals zij zijn bedoeld. Ook zijn de maatschappelijke opvattingen over de positie van sommige actoren in de loop van de tijd veranderd. Voor een bespreking van de verschillende actoren zij verwezen naar hoofdstuk 3. Als gevolg daarvan kan een afname van de feitelijke werkzaamheden ten dienste van de rechtsbescherming worden geconstateerd. De praktijk sluit daardoor niet langer goed aan op het beoogde rechtsbeschermingsstelsel van de Wet Bopz. Overigens biedt dit stelsel in zichzelf wel een adequaat en beschermenswaardig niveau van rechtsbescherming.

5. De aansluiting van de Wet Bopz op andere wetgeving is problematisch en ontoereikend. Al eerder heeft de evaluatiecommissie aangegeven dat zij het van het grootste belang acht dat continuïteit kan worden geboden in de gehele (behandel)keten die een psychiatrische patiënt doorloopt.¹⁰⁷ Dit vergt een goede aansluiting van de desbetreffende wetgeving op elkaar. Helaas heeft de evaluatiecommissie voor wat betreft de verhouding tussen de Wet Bopz en het strafrecht een substantieel aantal zwakke schakels in de keten aangetroffen dat in de weg staat aan deze continuïteit. Ook de aansluiting met de in het BW neergelegde regeling inzake de geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo) kent problemen als gevolg van de civielrechtelijke inbedding van de Wbgo en het bestaan van materiële verschillen zoals bij voorbeeld dwangbehandeling. Bovendien is de Wgbo op modernere leest geschoeid dan de Wet Bopz. Tenslotte zijn er bij het deelonderzoek *De Algemene wet bestuursrecht en de Wet Bopz* ook problemen gesignaleerd bij de aansluiting tussen de Wet Bopz en de Awb.

6. Een aantal basisprincipes, zoals de principes van doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit, is slechts impliciet in het wettelijke stelsel ingebouwd,¹⁰⁸ terwijl de evaluatiecommissie de indruk heeft dat er behoefte bestaat aan expliciete wettelijke verankering. Het is niet voor iedere uitvoerder van de wettelijke regeling vanzelfsprekend dat deze beginselen algemeen toepasselijk zijn. Een uitdrukkelijke wettekst terzake is dan niet overbodig. Het komt de evaluatiecommissie echter voor dat het niet eenvoudig zal zijn om deze principes alsnog in te passen in de bestaande systematiek. Hetzelfde geldt voor andere basisprincipes die zich in de loop van de tijd hebben ontwikkeld, zoals het principe dat bij bepaalde beslissingen een tweede opinie moet worden verkregen en dat aan familie en zijn directe omgeving een behoorlijke positie gegarandeerd moet worden. Deze uitgangspunten zijn niet terug te vinden in de wet en worden niet overal consequent toegepast.

7. De complexiteit van de Wet Bopz leidt tot eindeloze (juridische) haarkloverijen over details van regelingen en lijvige pakken jurisprudentie. Dit maakt dat slechts een klein aantal deskundigen de wet nog kan doorgronden, terwijl de hulpverleners die ermee moeten werken, het spoor wel bijster moeten raken. Met elke reparatie neemt die complexiteit verder toe. De complexiteit van de wet doet denken aan de situatie bij de belastingwetgeving vóór de ingrijpende belastingvereenvoudiging van 2001. Ook op dat terrein was de situatie dat het steeds verder ‘perfectioneren’

107
108

Zie in het bijzonder het deel over de forensisch psychiatrische patiënt in hoofdstuk 3.
Zie bijvoorbeeld de redactie van artikel 2, tweede lid, Wet Bopz waarin is bepaald wanneer de rechter een machtiging kan afgeven.

– het treffen van een aparte rechtvaardige voorziening voor elke uitzondering – had geleid tot een regeling die daarmee en juist daardoor onbruikbaar was geworden en niet altijd tot de meest rechtvaardige uitkomsten leidde.

4.3 Uitgangspunten voor een nieuwe regeling

Op grond van de hierboven geschetste overwegingen acht de evaluatiecommissie het noodzakelijk om een nieuwe en toekomstbestendige regeling voor gedwongen zorg te ontwerpen. In het kader van dit evaluatierapport kan de evaluatiecommissie slechts de contouren schetsen en de uitgangspunten formuleren voor een nieuwe wettelijke regeling. In het wetgevingsproces zal op basis van deze uitgangspunten de regeling in detail uitgewerkt moeten worden. De evaluatiecommissie heeft gezocht naar uitgangspunten die op een groot draagvlak kunnen rekenen en is daarbij uitgekomen op de volgende uitgangspunten voor een nieuwe regeling voor gedwongen zorg.

1. De wettelijke regeling dient gebaseerd te zijn op het uitgangspunt van het recht op passende zorg dat de zorgbehoefte van de patiënt centraal stelt. Passende zorg beoogt herstel van de gezondheid, zonedig herstel van de wilsbekwaamheid en herstel van de mogelijkheden tot maatschappelijke participatie. Het begrip zorg moet hier ruim worden geïnterpreteerd en omvat niet alleen zorg in al haar facetten zoals we die in het maatschappelijk leven kennen, maar ook behandeling en beveiliging. De vorm van de zorg, de mate van dwang en het niveau van de beveiliging dienen te worden afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van de patiënt en de ernst van het gevaar dat hij veroorzaakt voor zichzelf of anderen. Het nieuwe kader moet de ruimte bieden voor gedwongen zorg, variërend van kortdurende ambulante behandeling, gedwongen opname en behandeling tot langdurig verblijf met eventueel een hoog beveiligingsniveau. De gedwongen zorg dient gericht te zijn op de verbetering van de geestelijke gezondheid van de patiënt en diens resocialisatie.
2. Aangezien de zorgbehoefte en de ernst van het gevaar in de tijd kunnen variëren zal de regeling een kader moeten bieden voor continue en flexibele zorg. Dit betekent dat de wettelijke regeling een veelheid aan vormen van zorg en beveiliging mogelijk moet maken en dat er vloeiende overgangen moeten bestaan tussen de verschillende vormen van zorg en beveiliging. Deze continue en flexibele zorg vereist dat de regeling persoonsvolgend is in plaats van locatiegebonden.
3. Het uitgangspunt van passende zorg betekent eveneens dat het bereik van de wettelijke regeling zo ruim dient te zijn dat alle patiënten die als gevolg van een psychiatrische aandoening gevaar veroorzaken, ook daadwerkelijk de zorg kunnen ontvangen die zij nodig hebben. Hiertoe zullen de vormen van

gedwongen zorg moeten worden uitgebreid en moet een goede aansluiting tussen straf en zorg worden gerealiseerd. Ook voor niet of in beperkte mate behandelbare patiënten met een psychiatrische aandoening die gevaar veroorzaken, moet het mogelijk zijn om zo nodig langdurig gedwongen zorg te kunnen bieden, teneinde het gevaar te keren.

4. De regeling dient een adequaat niveau van rechtsbescherming te bieden, waarbij rechterlijke toetsing vooraf het uitgangspunt is bij ingrijpende beslissingen, zoals gedwongen opname en dwangbehandeling. Alleen in bijzondere (nood)-situaties kan toetsing achteraf plaatsvinden. Een nieuwe wettelijke regeling biedt de mogelijkheid om een ander en eenvoudiger stelsel van rechtsbescherming te ontwerpen, dat beter werkbaar is voor betrokkenen en tegelijkertijd een hoger niveau van rechtsbescherming biedt aan de patiënt. Vergaande juridisering van de relatie tussen patiënt en behandelaar dient te worden voorkomen. Het klachtrecht dient een kader te bieden voor laagdrempelige klachtafhandeling, waarbij problemen zoveel mogelijk vroegtijdig en door de direct betrokkenen gezamenlijk of met behulp van een onafhankelijke derde worden opgelost. De patiënt moet zich kunnen laten bijstaan door een patiëntenvertrouwenspersoon, op vergelijkbare wijze als thans het geval is. Wel zal de organisatorische inbedding van de pvp goed moeten aansluiten bij het persoonsvolgende karakter van de regeling.
Het recht op informatie dient onderdeel te zijn van de regeling, zodat de patiënt, zijn familie en naasten zorgvuldige en begrijpelijke informatie ontvangen over de regeling en hun rechten.
5. Het 'ultimum remedium-beginsel' dient het uitgangspunt te zijn voor het toepassen van gedwongen zorg. Dit betekent dat er pas tot gedwongen zorg over kan worden gegaan, nadat de mogelijkheden voor het aanbieden van vrijwillige zorg zijn uitgeput. Het nieuwe wettelijke systeem zal zich niet moeten beperken tot een regeling van gedwongen zorg, maar zal ook een kader moeten bieden voor vrijwillige zorg en drang bij patiënten met een psychiatrische aandoening. De scheidslijn tussen vrijwillige zorg en gedwongen zorg wordt gevormd door de vraag of er bij het aanbieden van zorg al dan niet een inbreuk wordt gemaakt op de grondrechten van betrokkene door vrijheidsbeperkende maatregelen, aantasting van de lichamelijke integriteit of de persoonlijke levenssfeer. De nadruk op het uitgangspunt van passende zorg mag er niet toe leiden dat er een cultuur van 'zorgdwang' ontstaat. Waar nu door behandelaars in bepaalde situaties van 'zorgverlamming' wordt gesproken, vanwege het ontbreken van behandelmogelijkheden voor patiënten die wel zorg behoeven, mag het uitgangspunt van passende zorg niet leiden tot 'zorgdwang' in gevallen dat er geen dwingende medische noodzaak is voor gedwongen zorg. Toetsing aan het ultimum-remedium beginsel en de beginselen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit blijft daarom een noodzakelijke voorwaarde voor een

goede toepassing van het uitgangspunt van passende zorg.

Toepassing van het ultimium-remedium-beginsel zal er in de praktijk toe moeten leiden dat het gebruik van middelen en maatregelen tot een minimum beperkt wordt en kwaliteitsprojecten worden geïnitieerd ter voorkoming van dwangmaatregelen.

6. De beginselen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit vormen mede het toetsingskader bij de toepassing van gedwongen zorg. Niet alleen de rechter zal aan deze beginselen moeten toetsen bij een verzoek tot afgifte van een machtiging, maar ook de hulpverleners dienen zich bij de daadwerkelijke toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen of inbreuken op de lichamelijke integriteit te laten leiden door deze beginselen. Het verdient aanbeveling dat deze beginselen uitdrukkelijk in de wettekst worden vastgelegd. Dit strookt ook met de procedurele waarborgen zoals deze zijn neergelegd in internationale documenten zoals de aanbeveling van de Raad van Europa uit 2004.¹⁰⁹
7. De nieuwe regeling zal gebaseerd moeten zijn op het principe van wederkerigheid. Dit principe impliceert dat de maatschappelijke keuze om gedwongen zorg toe te passen bij patiënten met een psychiatrische aandoening die gevaar opleveren, ook de verplichting met zich mee brengt om door middel van extra zorg en maatschappelijke inzet, een succesvolle deelname van de patiënt aan het maatschappelijk leven mogelijk te maken na beëindiging van de gedwongen zorg. Dit tweezijdige karakter dient ertoe te leiden dat aan de machtiging tot een inbreuk op de vrijheden van de patiënt tevens een heldere reeks verplichtingen voor de hulpverlenende instantie en de overheid moet worden gekoppeld. Dit beginsel van reciprociteit is ook in een aantal buitenlandse regelingen neergelegd. Dit betekent bijvoorbeeld dat pas tot ontslag kan worden besloten, nadat de patiënt over woonruimte, financiële middelen, en zo mogelijk over een zinvolle dagbesteding en een sociaal netwerk beschikt, na het beëindigen van de gedwongen opname of behandeling. In dat kader kunnen verschillende maatschappelijke actoren op basis van het principe van wederkerigheid worden aangesproken. Ook hier kan buitenlandse wetgeving als voorbeeld dienen. Zo heeft de Duitse deelstaat Beieren in haar wetgeving de plicht opgenomen om de patiënt te begeleiden bij de terugkeer in de samenleving.¹¹⁰

109
110

Raad van Europa (2004); Deel 7: Internationale ontwikkelingen, § 3.2.
Deel 7: Internationale ontwikkelingen, § 12.5.4.

8. De wils(on)bekwaamheid dient in de nieuwe regeling een belangrijke plaats te krijgen.¹¹¹ Allereerst speelt wils(on)bekwaamheid een dominante rol in de nieuwe regeling in die zin dat de gedwongen zorg gericht kan zijn op het herstel van de wilsbekwaamheid van de patiënt. Daarnaast dient de wils(on)bekwaamheid een belangrijke rol te spelen bij beslissingen tot gedwongen zorg. Uitgangspunt is dat er meer betekenis moet worden gehecht aan wilsbekwaam verzet dan aan wilsonbekwaam verzet. Dit betekent dat zowel bij de initiële beslissing tot gedwongen zorg als bij de toepassing van de gedwongen zorg nadat een machtiging is afgegeven, rekening wordt gehouden met wilsbekwaam verzet. Bij de vraag of wilsbekwaam verzet gehonoreerd dient te worden, is het van betekenis of daardoor gevaar voor de patiënt zelf of voor derden ontstaat. In het geval dat er gevaar voord derden ontstaat, zal het verzet doorbroken mogen worden en tot interventies kunnen worden besloten om het gevaar af te wenden, waarbij doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit uitgangspunt dienen te zijn. Indien de weigering van gedwongen zorg enkel leidt tot gevaar voor de patiënt zelf, is het uitgangspunt dat wilsbekwaam verzet wordt gehonoreerd. Het is volgens de evaluatiecommissie de vraag of, mede gelet op de jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens, wilsbekwaam verzet in uitzonderlijke situaties nader geclausuleerd zal moeten worden ter bescherming van de menselijke waardigheid. Er zal een adequate regeling voor de wettelijke vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid moeten worden opgenomen.¹¹²
9. Het uitgangspunt van passende zorg brengt ook mee zich mee dat de regeling gericht moet zijn op het bieden en garanderen van adequate beveiliging van de patiënt en de maatschappij. De rechter dient vooraf in te stemmen met vrijheidsbeneming ter beveiliging van de patiënt of derden, tenzij een acute crisis noodzaakt tot directe beveiligingsmaatregelen. Het kan voor het garanderen van de veiligheid nodig zijn dat een patiënt wordt opgenomen, ofwel omdat hij zonder opname niet kan worden behandeld, ofwel omdat zijn veiligheid of die van anderen alleen kan worden gegarandeerd door een tijdelijk of soms zelfs permanent verblijf binnen de muren van een instelling.
10. De nieuwe regeling dient eenvoudig, consistent en transparant van opzet te zijn. Dit kan worden bereikt door: centralisatie van kennis en taken, reductie van het aantal machtigingen, één model voor de geneeskundige verklaring, herschikking

111 Voor wat betreft de terminologie geeft de evaluatiecommissie in overweging om in de nieuwe regeling te spreken van 'oordeels(on)bekwaamheid' in plaats van 'wils(on)bekwaamheid'. De term 'oordeels(on)bekwaamheid' doet meer recht aan de specifieke problematiek van deze patiënten, die mogelijk wel staat zijn om hun wil te bepalen, maar hun belangen niet meer goed kunnen waarderen doordat hun oordeelsvermogen in ernstige mate is verstoord.

112 Een voorbeeld hiervan is te vinden in de moderne Duitse regeling over 'Betreuung', zie deel 7: Internationale ontwikkelingen, § 12.5.1.

van taken en zo mogelijk reductie van het aantal actoren. In het belang van de helderheid en uitvoerbaarheid van de wet dient gekozen te worden voor een zuivere rolverdeling tussen de verschillende actoren die aansluit bij bestaande taken en maatschappelijke verwachtingen. De mogelijkheden die de huidige informatie- en communicatietechnologie biedt, dienen optimaal te worden benut om de gebruikers van de wet te ondersteunen bij de uitvoering van de wet en de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden. De herziening van de fiscale wetgeving zou als voorbeeld kunnen dienen van een nieuwe wettelijke regeling, waarbij eenvoud, consistentie en transparantie tot uitgangspunt zijn genomen en het aantal uitzonderingen beperkt is om nodeloze verfijning van de wettelijke regeling te voorkomen en de werkbaarheid van de wet te kunnen waarborgen.

11. Het aantal modaliteiten voor gedwongen zorg dient zo beperkt mogelijk te worden gehouden. De Wet Bopz kent vele modaliteiten op grond waarvan iemand gedwongen kan worden opgenomen (lbs, machtiging voortzetting lbs, voorlopige machtiging, machtiging voortgezet verblijf, machtiging op eigen verzoek, voorwaardelijke machtiging, observatiemachtiging), die elk op hun beurt worden gekenmerkt door ingewikkelde procedures. Het aantal modaliteiten zal in de nieuwe regeling sterk moeten worden beperkt. Daarbij zal de moderne zorg leidraad moeten zijn. Belangrijke elementen hierin zijn de zogeheten ACT of FACT teams en 'stepped care' (gefaseerde zorg). ACT staat voor Assertive Community Treatment. ACT-teams leveren geïntegreerde zorg aan de langdurige zorgafhankelijke psychiatrische patiënten. ACT is ontwikkeld in de Verenigde Staten en bleek effectief voor het in stand houden van een zorgrelatie met de patiënten en voor het verminderen van het aantal opnamedagen. 'Assertive' (assertief) drukt uit dat de patiënt direct en zonodig frequent wordt benaderd. 'Community' (gemeenschap/maatschappij) geeft aan dat zorg of behandeling thuis of op een andere plaats buiten de GGZ kan worden geboden en dat integratie in de maatschappij voorop staat als doel. De ACT aanpak wordt in Nederland in toenemende mate aangeboden door Functie ACT (FACT) wijkteams, die zowel zeer intensieve bemoezorg bieden alsook langdurig contact met de patiënt en zijn omgeving onderhouden en daarbij werken aan resocialisatie. Een ACT- of FACT-team bestaat uit een multidisciplinaire groep van professionals waarin naast enkele psychiatrische deskundigen (psychiater, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige) ook deskundigen op het terrein van woon- of werkbegeleiding, verslavingsproblematiek en ervaringsdeskundigen zijn opgenomen.¹¹³ Het uitgangspunt van 'stepped care' sluit aan bij de beginselen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit en betekent dat een patiënt eerst de minst belastende vorm van behandeling of zorg krijgt. Pas als deze onvoldoende effect heeft, wordt overgegaan op intensievere interventies.

12. Het gevaarscriterium blijft gehandhaafd als criterium voor gedwongen zorg. De elementen 'gevaar', 'geestesstoornis' en het causaal verband daartussen zijn in de praktijk ingeburgerd en kunnen als 'EVRM-bestendig' worden gekwalificeerd. Het toepassingsbereik van de term 'gevaar' is breed. Niet alleen valt bijvoorbeeld suïcidegevaar of het gevaar dat iemand een ander ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen onder het begrip gevaar, maar ook het gevaar dat iemand maatschappelijk te gronde gaat of met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.¹¹⁴ Ook het gevaar dat iemand een ander ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen of het gevaar dat iemand een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen, valt hieronder.¹¹⁵ Verder is gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen inbegrepen in het gevaarscriterium.¹¹⁶ Gevaar in deze ruime betekenis, dat zijn grond vindt in een psychiatrische aandoening, moet de rechtsgrond zijn en blijven van alle vormen van gedwongen zorg.
13. De nieuwe regeling dient rekening te houden met de speciale aard en problematiek van de Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Bij jeugdige psychiatrische patiënten zal het gevaar bestaande uit een bedreiging van een ongestoorde opvoeding en ontwikkeling, een grond moeten kunnen vormen voor gedwongen zorg. Bij jeugdigen zal, nog nadrukkelijker dan bij volwassenen, het uitgangspunt moeten zijn dat het dagelijkse leven zo veel mogelijk in stand wordt gehouden door een continuüm van zorg te bieden, waarbij de duur en frequentie van gedwongen opname zoveel mogelijk beperkt wordt. Aangezien bij deze groep jeugdige patiënten in veel gevallen sprake is van een dubbele problematiek, dient de nieuwe regeling voor de Kinder- en Jeugdpsychiatrie in samenhang met de wetgeving op het terrein van de jeugdzorg, de verstandelijk gehandicaptenzorg en het jeugdstrafrecht tot stand te worden gebracht.
14. De regeling moet een passend kader bieden voor controle en toezicht, dat zowel controle op hoofdlijnen als gericht toezicht op de individuele patiënt mogelijk maakt. Dit kader dient toegesneden te zijn op de verschillende vormen van zorg, waar dan ook aangeboden, maar in het bijzonder op de verschillende vormen van ambulante zorg.
15. De positie van de familie en naastbetrokkenen moet worden verhelderd en versterkt. De nadruk in de nieuwe regeling op ambulante zorg en 'stepped care' leidt er toe dat de rol van de familie en naastbetrokkenen als steunsysteem sterk in belang toeneemt. De prominentere rol voor wils(on)bekwaamheid zal de positie van de naasten en familie verder verstevigen waar het gaat om vertegenwoordiging van de wilsonbekwame patiënt. De familie en naastbetrokkenen

114 Artikel 1, eerste lid, subonderdeel 1, b en d, Wet Bopz.

115 Artikel 1, eerste lid, subonderdeel 2, a en c, Wet Bopz.

116 Artikel 1, eerste lid, subonderdeel 3, Wet Bopz.

moeten kunnen rekenen op toegankelijke procedures bij de toepassing van gedwongen zorg. Deze procedures dienen de familie een plaats te geven bij het initiëren, toepassen en beëindigen van gedwongen zorg. Bij een verzoek tot een machtiging zullen naast de patiënt ook de familie en naastbetrokkenen door de commissie psychiatrische zorg gehoord moeten worden. Bij vaststelling van het behandelplan dienen zij te weten welke rol van hen verwacht wordt.

De rol van vertegenwoordiger zal een meer formele betekenis krijgen; daarbij zal duidelijk moeten zijn, op welke ondersteuning de familie en naastbetrokkenen kunnen rekenen. Bij de toepassing van de zorg zullen familie en naastbetrokkenen, met name vanuit hun rol als formeel vertegenwoordiger, gebruik moeten kunnen maken van toegankelijke procedures om klachten over tekortschietende zorg bij behandelaars en zonodig ook bij een autoriteit aanhangig te maken.

Bij dit alles kan het 'triademodel', waarbij patiënt, familie en behandelaar de hoekpunten vormen van dezelfde driehoek, de rollen duidelijk beschrijven en zo mede de nieuwe regeling bepalen. Daar waar behandelrichtlijnen rond specifieke ziektebeelden aangeven dat de inbreng van familie meerwaarde biedt, bestaat een (inspannings)verplichting om de familie zo veel mogelijk te betrekken bij de zorg aan de patiënt. Tenslotte krijgen personen uit de kring van familieverenigingen zitting in de commissie psychiatrische zorg en in het landelijk college psychiatrische zorg.

16. De nieuwe regeling zal goed moeten aansluiten bij de wetgeving op het terrein van het strafrecht en het jeugdrecht. Helderder dan thans het geval is, zal het bereik van de diverse wetten moeten worden begrensd. Uitgangspunt moet zijn dat de mogelijkheden tot en criteria voor het toepassen van gedwongen zorg gelijk zijn. Van verschil in criteria mag alleen sprake zijn als het verschil wordt gerechtvaardigd door specifieke kenmerken van de verschillende doelgroepen of door het verschil in de situatie.
17. Bij de vormgeving van de wettelijke regeling dient rekening te worden gehouden met de 'gebruikersgroep' van de wet. Dit betekent dat voorkomen moet worden dat er binnen één instelling voor gedwongen zorg verschillende wettelijke regelingen tezamen de rechtspositie van een patiënt bepalen. De huidige situatie dat naast de Wet Bopz de rechtspositie eveneens wordt bepaald door bijvoorbeeld de Wgbo, de Awb, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, de Wet Big en, in het geval van een forensische patiënt, soms ook nog de justitiële Beginselenwetten, zal zo veel mogelijk moeten worden vermeden. De nieuwe regeling dient de rechtspositie van de psychiatrische patiënt zo veel mogelijk uitputtend vast te stellen. Zo kan bij voorbeeld worden gedacht aan een regeling waarin de Awb-normen zijn geïncorporeerd. Overigens zal als algemeen uitgangspunt altijd moeten blijven gelden dat de regeling de toets van het EVRM kan doorstaan. De nieuwe wettelijke regeling zal zich door de aard van de materie niet eenduidig

laten indelen bij één specifiek rechtsgebied. Indeling in één rechtsgebied moet ook niet worden nagestreefd, omdat dit slechts leidt tot krampachtige kunstgrepen.

18. In de regeling kunnen mogelijkheden tot respectievelijk 'eigen verzoek' en 'zelfbinding' worden ingebouwd en voor elke modaliteit tot dwang zal moeten gelden dat de eigen voorkeur van de patiënt een wezenlijke rol zal moeten spelen. Dit zal met name kunnen gebeuren door het gebruik van toekomstgerichte aanwijzingen die patiënten (bijvoorbeeld op een crisiskaart) kunnen formuleren naar aanleiding van eerdere ervaringen. Hierbij kan worden aangegeven aan welke vorm van behandeling de patiënt de voorkeur geeft, maar ook de interventies die hij bij voorbaat afwijst op grond van eerdere ervaringen. Het betreft dan niet zozeer de vraag of er dwang wordt gebruikt, maar de vraag op welke wijze die dwang voor betrokkene het minst bezwaarlijk is. Om invulling te geven aan het uitgangspunt van wilsbekwaamheid, zal aandacht moeten worden besteed aan de mogelijkheid van een zogenaamde 'negatieve schriftelijke wilsverklaring'.¹¹⁷
19. Ook met betrekking tot de wijze van het tot stand komen van de wettelijke regeling zou aansluiting kunnen worden gezocht bij de totstandkoming van de fiscale wetgeving, waarbij de volksvertegenwoordiging maximaal terughoudendheid heeft betracht in het amenderen en het treffen van rechtvaardige regelingen voor uitzonderingsgevallen. Ook als voorbeeld zou de totstandkoming van de Vreemdelingenwet 2000 kunnen dienen. Voorafgaand aan het formele wetgevingsproces zijn alle belanghebbenden uitgebreid geconsulteerd, hetgeen heeft geresulteerd in een wetsvoorstel waaraan zij zich hadden gecommitteerd. Dit leidde tot een sterke vereenvoudiging van het totstandkomingsproces van de regeling. Niet goed valt in te zien dat een nieuwe regeling ter vervanging van de Wet Bopz niet op dezelfde wijze gerealiseerd zou kunnen worden. Een dergelijke consulterende aanpak leidde in Schotland eveneens tot een consensus van betrokken partijen en heeft een vlotte parlementaire behandeling gefaciliteerd. In het deelonderzoek *Internationale ontwikkelingen* wordt eveneens gepleit voor een dergelijke aanpak.

4.4 Schets van de nieuwe regeling

Op basis van de geformuleerde uitgangspunten geeft de evaluatiecommissie in het navolgende een eerste globale schets van een mogelijke nieuwe regeling. Daarbij heeft zij zich ook laten inspireren door de bouwstenen voor een regeling, zoals deze zijn aangereikt in het deelonderzoek *Internationale ontwikkelingen*¹¹⁸ Bij de

117 Vergelijk artikel 7:450, derde lid, BW.
118 Deel 7: Internationale ontwikkelingen, § 12.6.

uitwerking daarvan zouden recente publicaties over mogelijke ingrediënten voor nieuwe wetgeving verder betrokken kunnen worden.¹¹⁹

Als uitwerking van de algemene uitgangspunten zou kunnen worden gedacht aan een systeem dat loopt van vrijwillige zorg, gedwongen zorg, tot gedwongen zorg met extra beveiliging. De gedwongen zorg kan bestaan uit zorg, behandeling, opnemings- en beveiliging. Uitgangspunt van de wettelijke regeling is dat de zorg en mate van dwang is afgestemd op de specifieke zorgbehoefte van de patiënt, de behandel mogelijkheden en de noodzaak tot beveiliging. Leidende gedachte hierbij is om op ieder moment de meest adequate zorg te kunnen bieden en te voorkomen dat verdergaande vrijheidsbeperkingen noodzakelijk worden. In het kader van de vrijwillige zorg kan geen inbreuk worden gemaakt op de vrijheidsrechten en de lichamelijke integriteit van degene die zorg nodig heeft. Als op basis van vrijwilligheid en drang niet de zorg en behandeling kan worden geboden die noodzakelijk is, zal de rechter om een machtiging moeten worden verzocht. De evaluatiecommissie staat een systeem voor waarbij één enkele rechterlijke machtiging legitimeert tot inbreuken op de vrijheidsrechten en de lichamelijke integriteit van een patiënt ter afwending van gevaar ten gevolge van zijn psychiatrische aandoening. Binnen de voorgestane systematiek zal niet langer de noodzaak bestaan voor het instrument van de voorwaardelijke machtiging, aangezien het bereik van de nieuwe machtiging breder wordt en zonodig ook legitimeert tot gedwongen ambulante zorg en behandeling.

4.5 Taak commissie psychiatrische zorg

Het uitgangspunt van passende zorg dat wordt gekenmerkt door maatwerk, brengt met zich mee dat de noodzaak van zorg en dwang door terzake deskundigen wordt beoordeeld. Voor een goede uitvoering van de nieuwe wettelijke regeling acht de evaluatiecommissie het noodzakelijk dat er een commissie psychiatrische zorg als actor wordt geïntroduceerd. Deze commissie krijgt een centrale rol toebedeeld bij de uitvoering van de nieuwe regeling voor continue zorg. Het werkkterrein van de commissie zal het volledige traject bestrijken vanaf de voorbereiding van de rechterlijke beslissing tot en met de nazorg voor de patiënt. De commissie is de instantie bij uitstek om ervoor te zorgen dat een goede afweging wordt gemaakt over de passende zorg die aansluit op de zorgbehoefte van de patiënt. Op deze wijze komt er meer ruimte voor de keuze van de minst restrictieve variant van dwang en wordt het optimale gebruik van de mogelijkheden van vrijwillige zorg bevorderd.

1. De commissie wordt verantwoordelijk voor het voorbereiden van de rechterlijke beslissing tot gedwongen zorg. De commissie krijgt daarbij zowel een materiële

als een formele taak. Allereerst dient de commissie de rechterlijke beslissing inhoudelijk voor te bereiden door de rechter te adviseren door middel van een uitgebreid advies over de noodzaak tot en de wenselijke vorm van gedwongen zorg. De commissie zal op basis van haar eigen medische expertise, het juridische toetsingskader van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit, én rekening houdend met de belangen van de patiënt en zijn omgeving, over de passende vorm van gedwongen zorg ter afwending van het gevaar moeten adviseren. Bij de beoordeling van de medische noodzaak tot gedwongen zorg voor afwending van gevaar baseert de commissie zich op een behandelvoorstel van de behandelend psychiater en op een door een onafhankelijke psychiater uitgevoerd onderzoek. Daarnaast wordt de commissie belast met het indienen van het formele verzoekschrift tot gedwongen zorg bij de rechter. Nu de commissie inhoudelijk betrokken zal zijn bij de voorbereiding van de rechterlijke beslissing, zal dit naar verwachting de snelheid en nauwkeurigheid van de procedurele afwikkeling ten goede komen.

2. De commissie krijgt tevens tot taak om toezicht te houden op de toepassing van de door de rechter opgelegde gedwongen zorg. De commissie concentreert zich op het toezicht op de individuele patiënt met als doel een substantiële bijdrage aan de rechtsbescherming van de patiënt. De commissie ziet er op toe dat het behandelingsplan waartoe de rechter heeft gelegitimeerd op de juiste wijze wordt uitgevoerd, met name ook in een ambulante setting. Met dit op de individuele patiënt gerichte toezicht wordt invulling gegeven aan het uitgangspunt van wederkerigheid.
3. De commissie beslist over de beëindiging van de gedwongen zorg. De commissie zal zonder eigen belang en rekening houdend met de belangen van de patiënt, de familie, de instelling en de maatschappij een objectief oordeel kunnen vellen over de wenselijkheid van de beëindiging van de gedwongen zorg aan de patiënt. De gedwongen zorg kan pas worden beëindigd, nadat de commissie zich ervan verzekerd heeft en zich zonodig ervoor ingespannen heeft, dat in een passende nazorg is voorzien.
4. De commissie bewaakt de nazorg aan de patiënt na de beëindiging van de gedwongen zorg. Zowel bij tussentijdse beëindiging als na afloop van de termijn waarvoor een machtiging tot gedwongen zorg is verleend, zal de patiënt op verantwoorde wijze moeten kunnen blijven deelnemen aan het maatschappelijk leven of kunnen terugkeren in de maatschappij. Gelet op het uitgangspunt van wederkerigheid zal moeten worden voorzien in de noodzakelijke medische nazorg en zal de patiënt na beëindiging van de gedwongen zorg moeten kunnen beschikken over woonruimte, middelen van bestaan en zo mogelijk een zinvolle dagbesteding en een sociaal netwerk. De commissie zal op basis van het principe van wederkerigheid, enerzijds behandelend psychiaters moeten kunnen

aanspreken op hun verplichting tot het bieden van nazorg en anderzijds partijen zoals gemeenten, woningbouwcorporaties en anderen op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid.

5. De commissie krijgt een adviserende taak bij de keuze tussen straf en zorg. Het OM maakt ook nu al een weloverwogen afweging tussen straf en zorg bij personen met een psychiatrische aandoening die een strafbaar feit hebben gepleegd. De evaluatiecommissie waardeert deze spilfunctie van het OM en wenst die positie in de nieuwe regeling te versterken door de commissie tot taak te geven het OM bij deze keuze te adviseren. De commissie zal ten behoeve van de keuze tussen straf en zorg een soortgelijk advies opstellen als bij de voorbereiding van de rechterlijke beslissing tot gedwongen zorg. Op basis van het advies van de commissie kan het OM besluiten ofwel tot een strafrechtelijke vervolging over te gaan, ofwel de zaak te seponeren en de commissie een verzoekschrift tot gedwongen zorg bij de rechter in te laten dienen.

Uit het geschetste kader blijkt dat de commissie een aantal taken van de bestaande actoren overneemt. Zoals in hoofdstuk 3 is geconstateerd, sluit de taak(uitoefening) van actoren als de IGZ, het OM, burgemeester en de geneesheer-directeur niet goed (meer) aan bij de maatschappelijke ontwikkelingen en de wijze waarop de geestelijke gezondheidszorg is georganiseerd. Met de overheveling van een aantal taken van verschillende actoren naar de commissie wordt ook tegemoet gekomen aan de in hoofdstuk 3 uitgesproken wens om het aantal actoren te herschikken en eventueel te beperken. Bij de evaluatie van de huidige actoren is gesignaleerd dat de Bopz-taken voor verschillende actoren slechts een klein gedeelte van hun complete takenpakket vormt, waardoor de uitvoering van die taken niet de aandacht en prioriteit krijgt die het verdient. Door deze taken samen te brengen bij één actor die de uitvoering van de regeling van gedwongen zorg als enige taak heeft, verwacht de commissie dat deze taken met de vereiste deskundigheid, nauwgezetheid en ook met enthousiasme zullen worden uitgevoerd. De introductie van de commissie psychiatrische zorg zal leiden tot een grotere zorgvuldigheid bij: de voorbereiding van de rechterlijke beslissingen, het toezicht op de gedwongen zorg en de beëindiging van de gedwongen (na)zorg.

4.6 Samenstelling en organisatie commissie psychiatrische zorg

1. Het brede takenpakket maakt de commissie tot een centrale actor bij de uitvoering van de nieuwe regeling. Dit betekent dat de statuur en de kwaliteit van de commissie boven alle twijfel verheven dient te zijn. Het gezag dat de geneesheer-directeur thans geniet, zal de commissie ook uit moeten stralen.
2. De commissie wordt gevormd door een gezaghebbende drieschaar, bestaande uit een psychiater, een gezondheidsrechtjurist en iemand die vanuit patiënten-, familie- en maatschappelijk perspectief deskundig is. Waar de bestaande actoren taken als gevolg van de introductie van de commissie verliezen, acht de evaluatiecommissie het gelet op hun ervaring en deskundigheid voor de hand liggend en wenselijk dat zij een plaats krijgen in deze nieuw te vormen commissies.
3. De commissie zal op regionale schaal vorm moeten krijgen. Het heeft de voorkeur van de evaluatiecommissie om aansluiting te zoeken bij de structuur van de rechterlijke organisatie en het OM, gelet op de rol van de commissie bij de procedurele afhandeling van de verzoekschriften bij de rechter en de keuze tussen straf en zorg. Per arrondissement kan een commissie worden ingesteld, die zonodig bij de grotere arrondissementen eveneens uit verschillende plaatsvervaarders kan bestaan. Om als gezaghebbende autoriteit te kunnen functioneren, zal niet alleen de kwaliteit van de commissie buiten twijfel moeten staan, maar zal ook de kwantitatieve bezetting dusdanig moeten zijn dat de commissie een landelijke dekking van activiteiten kan garanderen. Bij het benoemen van de leden van de commissie zal moeten worden gezorgd voor adequate roulatie. Wanneer zij terugtreden, komen zij uitstekend geïnformeerd terug in het veld. Dit kan het draagvlak voor en de uitvoering van de regeling bevorderen.
4. Voor de coördinatie op landelijk niveau ziet de evaluatiecommissie een taak weggelegd voor een college psychiatrische zorg. Als overkoepelend landelijk orgaan krijgt een dergelijk college een belangrijke functie bij de centralisatie van kennis en eenheid in beleid van de regionale commissies. Het college psychiatrische zorg kan worden belast met de ontwikkeling van richtlijnen, professionele standaarden, voorlichting en bevordering van de deskundigheid van de regionale commissies. Daarnaast kan het college een rol spelen bij het activeren van andere partijen, zoals gemeenten en woningbouwcorporaties die in het kader van wederkerigheid een rol moeten spelen bij de (na)zorg.

De evaluatiecommissie verwacht dat het college en de commissies psychiatrische zorg in belangrijke mate zullen bijdragen aan een betere uitvoering van de regeling voor gedwongen zorg dan thans bij de Wet Bopz het geval is.

De brede samenstelling van de commissies leidt tot een multidisciplinaire aanpak, waardoor het draagvlak van de uiteindelijke beslissingen wordt vergroot. Deze concentratie van taken komt ook ten goede aan de zuiverheid van de rollen van de verschillende actoren. Zo verlost de commissie de behandelaar van zijn dubbelrol als behartiger van het patiëntenbelang en medisch adviseur van de rechter, en laat de behandelaar de ruimte om zich volledig te concentreren op zijn belangrijkste taak, namelijk de behandeling van de patiënt. Door de deskundige voorbereiding van de commissie komt de rechter op zijn beurt niet - zoals nu bijvoorbeeld het geval is bij de voorwaardelijke machtiging - in de verleiding om zich medisch inhoudelijk te bemoeien met de zorg.

Naar verwachting zal de introductie van het landelijk college en de commissies psychiatrische zorg er toe leiden dat de GGZ uit haar isolement wordt gehaald en dat ook andere partijen die op basis van het uitgangspunt van wederkerigheid een rol dienen te spelen, geactiveerd zullen worden.

4.7 Wettelijk kader passende zorg

Zoals in het voorgaande is uiteengezet staat de evaluatiecommissie een systeem voor waarbij passende zorg het uitgangspunt is en waarbij de zorg en de mate van dwang is afgestemd op de zorgbehoefte van de patiënt. Het voorgestane systeem van passende zorg, waarbij één enkele rechterlijke machtiging legitimeert tot inbreuken op de vrijheidsrechten en de lichamelijke integriteit van een patiënt ter afwijking van gevaar als gevolg van zijn psychiatrische aandoening, zal in het navolgende worden uitgewerkt.

4.7.1 Vrijwillige zorg

Uitgangspunt van het voorgestelde systeem is dat mensen met een psychiatrische aandoening zo lang mogelijk in hun eigen sociale omgeving de noodzakelijke zorg ontvangen. De evaluatiecommissie benadrukt het belang van goed georganiseerde vrijwillige zorg om te voorkomen dat gedwongen zorg en behandeling noodzakelijk worden voor de patiënt. De wenselijk geachte geïntegreerde zorgaanpak vereist dat het wettelijk systeem niet pas begint als dwang aan de orde is, maar start bij de zorgbehoefte van de patiënt, los van de vraag of hij deze zorg graag wil, of hij zich deze zorg zal laten aanleunen of hij zich daartegen verzet. Dit brengt de evaluatiecommissie tot de aanbeveling dat er een integraal wettelijk kader moet zijn waarin alle regels ten aanzien van de geneeskundige behandeling van psychiatrische aandoeningen, zijn opgenomen. Een vrijwillige behandeling zal zijn gebaseerd op een overeenkomst tussen de behandelaar en de patiënt op basis van informed consent.

Als behandeling op basis van vrijwilligheid niet voldoende is, komt de commissie psychiatrische zorg in beeld die zich moet buigen over de vraag of, en zo ja welke, vorm van gedwongen zorg nodig is. Hiervoor is reeds uitgebreid ingegaan op de samenstelling, taken en werkwijze van de commissies.

4.7.2 **Gedwongen zorg, behandeling en opneming**

Het criterium voor het verlenen van een machtiging blijft dat er sprake moet zijn van gevaar als gevolg van een psychiatrische aandoening. De machtiging heeft geen algemene werking in die zin dat de rechtsgevolgen voor alle patiënten hetzelfde zijn. De machtiging legitimeert met name genoemde interventies die naast de noodzakelijk geachte zorg, zijn opgenomen in het advies van de commissie psychiatrische zorg. De interventies kunnen betrekking hebben op zorg die de patiënt moet gedogen (huishoudelijke ondersteuning, activerende begeleiding), behandeling (medicatie, deelname aan therapieën) of beveiliging. De interventies kunnen zover gaan dat de patiënt moet accepteren dat een hulpverlener tegen zijn zin in diens woning betreedt. Deze interventies vormen samen met de overige wenselijke zorg, waarover de commissie zich ook heeft uitgesproken, de grondslag voor het door de behandelaar vast te stellen individuele zorg-, behandelings- of beveiligingsplan. Verder kunnen interventies controlemaatregelen (bij voorbeeld urinecontrole) inhouden. De rechter bepaalt of de machtiging direct tot opneming strekt. Dit kan hij uitsluitend doen als het gevaar alleen met een opneming kan worden afgewend. Als opneming niet onmiddellijk nodig is, kan de machtiging aangeven of, en zo ja in welke situatie, zij tevens tot opneming kan strekken. Duidelijk moet zijn welke interventies na opneming mogelijk zijn en de omstandigheden waaronder deze kunnen plaatsvinden. Voor deze machtiging kan naar het model van de zojuist aanvaarde zelfbindingregeling een zelfbindingsvariant worden uitgewerkt.

Indien de noodzaak tot gedwongen zorg, behandeling of opneming vervalt, zal aan de patiënt ontslag moeten worden verleend. Hierbij zal het in veel gevallen noodzakelijk zijn om een nazorgtraject voor de patiënt op te stellen. Met een plan voor de nazorg kan bijvoorbeeld worden verzekerd dat de patiënt over woonruimte, middelen van bestaan, een sociaal vangnet en zinvolle dagbesteding beschikt. In combinatie met regelmatig contact met hulpverleners na het ontslag kan terugval van de patiënt worden voorkomen. Zoals hiervoor al is opgemerkt spelen ook hierbij de commissies psychiatrische zorg een belangrijke rol.

4.7.3 **Extra beveiliging**

In de gevallen dat intensieve beveiliging noodzakelijk is kan een machtiging strekken tot opneming op speciale afdelingen zoals bijvoorbeeld de FPA, FPK of KIB. De wet zou kunnen regelen dat op die speciale afdelingen per definitie een restrictiever

regime geldt. Te denken valt aan het huidige beveiligingsniveau van de penitentiaire sector. Dit levert een geloofwaardig alternatief op voor de penitentiaire sector die de 'uitstoot' van 'problematische' patiënten (drugs, gedragsstoornissen, enzovoort) naar Justitie kan tegengaan. Verder zouden beslissingen tot verlof en ontslag niet meer bij de instelling moeten liggen maar bij de commissie psychiatrische zorg met een mogelijkheid van beroep bij de rechter.

Deze machtiging moet het eveneens mogelijk maken om uitbehandelde psychiatrische patiënten die binnen de instelling grote problemen veroorzaken, langdurig te laten verblijven in een regime met extra beveiliging, teneinde het gevaar af te wenden. Om een goede aansluiting met het strafrecht te bereiken, zou deze machtiging niet alleen door de burgerlijke rechter opgelegd moeten kunnen worden, maar ook door de strafrechter in het kader van een strafrechtelijke procedure.

Vanwege het in potentie zeer brede bereik van de rechterlijke machtiging, benadrukt de evaluatiecommissie dat de machtiging nimmer een algemene legitimatie mag bieden voor nauwelijks geclausuleerde interventies 'in het belang van de patiënt'. Daarmee zou de deur kunnen worden opengezet naar toepassing van het niet nader genormeerde bestwil-principe. De evaluatiecommissie onderstreept dat zij het tegenovergestelde voor ogen heeft: het ruime bereik van de machtiging is nodig om een grondslag te kunnen bieden voor gevaarsafwendende interventies die zijn toegesneden op de individuele patiënt. Met een dergelijke machtiging kan (maar moet ook) maatwerk worden geleverd. De aldus aan de commissie psychiatrische zorg gegeven ruimte brengt voor haar de schone doch ook zware taak mee om daarbinnen voor de minst beperkende en de voor de patiënt in kwestie minst bezwarende vormen van dwang te kiezen. Alleen dan is sprake van een rechtmatige uitoefening van bevoegdheden.

4.7.4 **Crisisinterventie**

In hoofdstuk 3 is gesignaleerd dat de Wet Bopz op het punt van acute crisisopvang tekortschiet. In het nieuwe systeem zal er een adequate wettelijke regeling moeten komen voor de opvang van en gedwongen zorg voor patiënten die in een acute crisis verkeren. De eventuele aanhouding, ophouding en eerste opvang van patiënten die in acute crisis verkeren door politie of GGD/GG of crisisdienst van de GGZ-instelling, zal in de nieuwe regeling een plaats moeten krijgen. Hierbij zal moeten worden bepaald welke functionarissen een dergelijke interventie kunnen initiëren. De aanhouding en ophouding dient gelegitimeerd te worden door toetsing achteraf en in bijzondere gevallen door spoedoverleg met bijvoorbeeld de rechter-commissaris. Gedurende een beperkte tijd (bijvoorbeeld maximaal 12 of 24 uur) kan dan worden voorzien in acute opvang en zorg voor personen die in een crisis verkeren, van welke crisis aannemelijk is dat deze verband houdt met een psychiatrische aandoening. De vrijheidsbeneming mag niet langer duren dan nodig is om te onderzoeken of

betrokkene in aanmerking komt voor een crisismachtiging. Deze regeling zou tevens moeten voorzien in de legitimatie van eventueel noodzakelijk vervoer, beveiliging en noodmaatregelen.

De crisismachtiging kan worden beschouwd als de opvolger van de huidige inbewaringstelling. De regeling van deze machtiging zou moeten voorzien in acute gedwongen zorg in het geval er sprake is van een crisis die directe interventie vergt. De gronden voor het verlenen van een crisismachtiging kunnen dezelfde zijn als die thans gelden voor een lbs. De crisismachtiging zou bij voorkeur moeten worden afgegeven door de rechter-commissaris en krijgt in grote lijnen het karakter van de huidige lbs. Dat wil zeggen dat na de crisisinterventie op basis van de crisismachtiging moet worden beslist over een gewone machtiging. Tijdens de crisisinterventie op grond van de crisismachtiging zouden wederom zorg, behandeling en beveiliging essentiële en gelijkwaardige uitgangspunten moeten zijn. Waar de lbs nu strekt tot gedwongen opnemings, kan op grond van een crisismachtiging ook tot andere vormen van gedwongen zorg en behandeling worden besloten. Uitgangspunt hierbij is dat de zorgbehoefte van de patiënt en de noodzaak tot beveiliging bepalend zijn voor de gedwongen zorg die wordt geboden. De rechtspositie zou gedurende de crisismachtiging identiek moeten zijn aan die voor patiënten met een gewone machtiging. Er zal een uitgebreid verslag dienen te worden opgemaakt met daarin de bevindingen van de behandelaar en de toegepaste interventies. Dit verslag zal voor de commissies die moeten adviseren over het eventueel verlenen van een machtiging in aansluiting op de crisismachtiging, een belangrijk gegeven zijn.

Literatuurlijst

- Abma, T., Widdershoven, G. & B. Lendemeijer (red.) (2006). *Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht: Lemma.
- Begeleidingscommissie Evaluatie Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (2002). *Eindverslag. Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie*. Evaluatie Wet Bopz, deel 10. Rijswijk: ZonMw.
- Commissie Visser (2006). *Parlementair onderzoek TBS, Eindrapport*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30250, nrs. 4-5.
- Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (1996). *Wet Bopz Evaluatierapport. Tussen invoering en praktijk*. Deel 2. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Gezondheidsraad (2004). *Noodgedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten*. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatie nr. 2004/10. zie www.gr.nl
- Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (2002). *Het klachtrecht en het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Evaluatie wet Bopz, deel 5. Rijswijk: ZonMw.
- Keurentjes, R.B.M. (2005). *Tekst en toelichting Wet Bopz*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Legemaate, J. (2005). De zaak H.L. tegen het Verenigd Koninkrijk: het Europese Hof over vrijheidsbeneming. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 29(3): 221-226.
- Mevis, P.A.M. (2006). Gevangeniswezen, TBS en GGZ: goede aansluiting, regievoering en verdere ontzuiling gewenst. *Delikt & Delinkwent*, artikel nr. 50, (7): 719-733.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2007). *Straf en zorg: een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen*. Amsterdam: RMO.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (1997). *Beter (z)onder dwang?* Zoetermeer: RVZ.
- Raad van Europa (2004). *Recommendation no. Rec(2004)10 of the committee of Ministers to member States concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum*. 896th meeting of Ministers'Deputies, 22 september 2004.
- Schoevers, R.A., Stikker, T.E., Ven-Dijkman, M.V. van de & E.P.K. Sikkens (2006). *Onderzoeksverslag ten behoeve van de ontwikkeling van een richtlijn dwangopname in het kader van de Wet Bopz in Nederland*. Amsterdam: Mentrum GGZ Amsterdam.
- Veldhuizen, J.R. van (2006). Naar een Wet Bijzondere Behandeling en Zorg in de Psychiatrie. In: Oei, T.I. & M.S. Groenhuijsen (red.), *Capita selecta van de forensische psychiatrie anno 2006*. Deventer: Kluwer.
- Widdershoven, T.P. (2006). Na de Wet Bopz – Aandachtspunten voor een regeling van psychiatrische dwang. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 30(7): 488-503.

Widdershoven, T.P. (2005). *Strafrechtelijke opneming in de psychiatrie*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Willem Pompe Instituut (2002). *De Wet Bopz in de forensische psychiatrie*. Evaluatie wet Bopz, deel 9. Rijswijk: ZonMw.

Witmer, J.M. & R.P. De Roode (red.) (2004). *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO (Deel 2 Informatie en toestemming)*. Utrecht: KNMG.

Bijlage 1: Leden van de derde Evaluatiecommissie van de Wet Bopz:

Naam: Evaluatiecommissie derde evaluatie van de Wet Bopz
Duur: 1 december 2005 tot 1 juli 2007.

Besluiten Derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz

1. Instellingsbesluit evaluatiecommissie derde evaluatie van de Wet Bopz, Staatscourant 20 december 2005, nr. 247.
2. Wijziging Instellingsbesluit evaluatiecommissie derde evaluatie van de Wet Bopz, in verband met vervanging adviserende leden, Staatscourant 30 oktober 2006 nr. 211.

Benoemde commissieleden:

1. Voorzitter mr. dr. R.B.M. Keurentjes (Rechtbank Groningen)
2. drs. L. Broekaar (Stichting Pandora)
3. prof. dr. mr. A.C. Hendriks (Universiteit Leiden)
4. drs. M.H.J. Kaarsgaren (Stichting LPR, belangenorganisatie cliënten GGZ)
5. drs. M. Luif (Ypsilon)
6. mr. J.G. Luiten (Rechtbank Arnhem)
7. mr. G. Mintjes (Gerechtshof Arnhem)
8. prof. dr. W. van Tilburg (GGZ Buiten-Amstel)
9. drs. J.R. van Veldhuizen (GGZ Noord-Holland Noord)
10. mr. drs. T.P. Widdershoven (Stichting PVP)
11. mr. drs. R.H. Zuiderhoudt (Zuiderhoudt Consultancy)

Adviserende leden:

12. mr. P.J. van der Flier (Ministerie van Justitie tot 1 september 2006)
13. mr. C.A. Grezel (Ministerie van Justitie vanaf 1 september 2006)
14. mr. J.H. de Groot (Ministerie van VWS)
15. mr. M.C.C. Hueber (Ministerie van VWS van 1 december 2005 tot 1 juni 2006)
16. drs. W.P.H. Brunenberg (Ministerie van VWS vanaf 21 augustus 2006)

Secretariaat:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 17. mr. L. Markenstein | (KNMG tot 1 maart 2006) |
| 18. mr. H. Waayers-van Dijk | (Ministerie van Justitie tot 1 juni 2006) |
| 19. drs. drs. E.J.P. Gijsen | (<i>Gijsen Advies & Organisatie</i> vanaf
14 april 2006) |
| 20. mr. A. Nieland ML | (Ministerie van Justitie vanaf 14 augustus
2006) |

Bijlage 2: Leden van het Onderzoeksc consortium

Het onderzoeksc consortium dat de zeven deelonderzoeken heeft uitgevoerd, bestaat uit Prismant, de Vrije Universiteit Amsterdam (VU medisch centrum/EMGO en juridische faculteit) en de Universiteit Maastricht (Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Onderzoeksinstituut Caphri).

Prismant Utrecht:

1. drs. M. Sluiter
2. drs. A.J.J. van der Kwartel
3. dr. E. E. Können
4. drs. C.D. Nienoord-Buré
5. drs. M.H.J. Lommers
6. drs. A. Vorselman

Vrije Universiteit van Amsterdam:

1. prof. mr. J. Legemaate
2. mr. dr. B.J.M. Frederiks
3. mr. R.P. de Roode
4. mr. dr. K. Blankman
5. mr. dr. L.A.P. Arends

Universiteit Maastricht:

1. prof. dr. G.A.M. Widdershoven
2. prof. mr. J.C.J. Dute
3. dr. T.A. Abma
4. dr. J.S.M. Krumeich
5. dr. R.L.P. Berghmans
6. drs. J. van der Linden
7. drs. E.G.M. Landeweer
8. drs. W. Janssen

Deelonderzoeken onderzoeksc consortium:

- | | |
|------------------------------------------------------|----------|
| 1. Dwang en drang buiten de instelling | (Deel 2) |
| 2. Dwangtoepassing binnen de instelling | (Deel 3) |
| 3. Grensgebieden van de Wet Bopz | (Deel 4) |
| 4. De Algemene wet bestuursrecht en de Wet Bopz | (Deel 5) |
| 5. Toepassing van de Wet Bopz op allochtone cliënten | (Deel 6) |
| 6. Internationale ontwikkelingen | (Deel 7) |
| 7. Ervaringen met en meningen over de Wet Bopz | (Deel 8) |

Bijlage 3: Instellingsbesluit van de derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz

Staatscourant, nr. 247, 20 december 2005 en Staatscourant, nr. 18, 25 januari 2006

Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 13 december 2005, nr CZ/GGZ-2641487, houdende instelling van de evaluatiecommissie derde evaluatie van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mede namens de Minister van Justitie,
Gelet op artikel 71 van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen;

Besluit:

Artikel 1. Begripsbepalingen

In dit besluit wordt verstaan onder:

- a. minister: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. ministers: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Justitie;
- c. Wet Bopz: de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen;
- d. commissie: de evaluatiecommissie derde evaluatie van de Wet Bopz.

Artikel 2. Instelling en taak

1. Er is een evaluatiecommissie derde evaluatie van de Wet Bopz.
2. De commissie heeft tot taak om op basis van een probleemanalyse de hoofdvraag van deze evaluatie te beantwoorden luidend: Functioneert de Wet Bopz na de diverse aanpassingen en de verbeterde voorlichting op adequate wijze en welke wijzigingen zijn eventueel noodzakelijk?
3. Binnen de derde evaluatie moet de commissie apart aandacht besteden aan de internationale context (best practices in het buitenland van bijvoorbeeld de juridische vormgeving en de psychiatrische behandeling), de positie van patiënten met een andere etnische achtergrond en de op 1 januari 2004 in werking getreden voorwaardelijke machtiging. De uitkomsten van de voorgaande twee evaluaties worden daarbij als gegeven beschouwd, evenals de inspanningen om de wet te verbeteren (zoals door de in voorbereiding zijnde wetsvoorstellen) en beter te laten benutten.
4. De observatiemachtiging die op 1 januari 2006 in werking treedt, kent een wettelijk verplichte evaluatie en wordt daarom niet betrokken bij de derde evaluatie.

Artikel 3. Instellingsduur

De commissie wordt ingesteld met ingang van 1 december 2005 en wordt opgeheven per 1 mei 2007.

Artikel 4. Informatieplicht

De commissie verstrekt aan de ministers desgevraagd de voor de uitoefening van hun taak benodigde inlichtingen.

Artikel 5. Samenstelling commissie

1. Tot leden van de commissie worden benoemd:
 - a. de heer mr. dr. R.B.M. Keurentjes, tevens voorzitter;
 - b. de heer mr. drs. R.H. Zuiderhoudt;
 - c. de heer drs. J.R. van Veldhuizen;
 - d. de heer prof. dr. W. van Tilburg;
 - e. de heer mr. drs. T.P. Widdershoven;
 - f. mevrouw drs. L. Broekaar;
 - g. mevrouw drs. M. Luif;
 - h. de heer drs. M.H.J. Kaarsgaren;
 - i. de heer mr. J.G. Luiten;
 - j. mevrouw mr. G. Mintjes;
 - k. de heer prof. dr. mr. A.C. Hendriks.
2. Tot adviserende leden worden benoemd:
 - a. mevrouw mr. M.C.C. Hueber;
 - b. mevrouw mr. J.H. de Groot;
 - c. de heer mr. P.J. van der Flier.
3. Indien één van de leden zijn werkzaamheden voor de commissie voortijdig beëindigt, kunnen de ministers een nieuw lid aanwijzen.
4. De leden kunnen zich niet laten vervangen.
5. Aan de commissie wordt secretariële en inhoudelijke ondersteuning beschikbaar gesteld.

Artikel 6. Werkwijze

1. De commissie stelt haar eigen werkwijze vast.
2. De commissie kan, indien zij dit voor de vervulling van haar taak nodig acht, inlichtingen inwinnen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het Openbaar Ministerie die hiervoor ten behoeve van de commissie een contactpersoon kunnen aanwijzen. Ook kan de commissie, indien zij dit voor de vervulling van haar taak nodig acht, andere organisaties als de Vereniging van Nederlandse Gemeenten raadplegen.
3. De minister stelt een werkbudget beschikbaar aan de commissie voor het laten verrichten van onderzoek naar andere dan de in artikel 2, derde lid, vermelde deelonderwerpen.

Artikel 7. Eindrapport

De commissie brengt uiterlijk 31 maart 2007 haar eindrapport uit aan de ministers.

Artikel 8. Vergoedingen

1. De voorzitter van de commissie ontvangt voor het bijwonen van vergaderingen en overige bijeenkomsten een vergoeding ter hoogte van €260.
2. De overige leden, genoemd in artikel 5, eerste lid, ontvangen voor het bijwonen van vergaderingen en overige bijeenkomsten een vergoeding ter hoogte van € 200.
3. Daarnaast hebben de leden van de commissie recht op vergoeding wegens reis- en verblijfskosten in overeenstemming met het Reisbesluit Binnenland.

Artikel 9. Geheimhouding

1. De leden van de commissie nemen geheimhouding in acht ten aanzien van alle informatie die in het kader van dit besluit bekend wordt en waarvan het karakter als vertrouwelijk is aan te merken.
2. De leden van de commissie zorgen ervoor dat door een ieder die betrokken is bij de werkzaamheden van de commissie, geheimhouding in acht wordt genomen ten aanzien van alle informatie die in het kader van dit besluit bekend wordt en waarvan het karakter als vertrouwelijk is aan te merken.

Artikel 10. Openbaarmaking

Rapporten, notities, verslagen en andere producten die door, namens of in opdracht van de commissie worden vervaardigd, worden niet door de commissie openbaar gemaakt, maar uitsluitend aan de minister uitgebracht.

Artikel 11. Archiefbescheiden

De commissie draagt zo spoedig mogelijk na beëindiging van haar werkzaamheden of, zo de omstandigheden daartoe aanleiding geven, zoveel eerder, de bescheiden betreffende de werkzaamheden over aan het archief van de directie Curatieve Zorg van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Artikel 12. Inwerkingtreding

1. Dit besluit treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant, waarin het wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 december 2005.
2. Dit besluit vervalt met ingang van 1 mei 2007.

Artikel 13. Citeertitel

Dit besluit wordt aangehaald als: Instellingsbesluit evaluatiecommissie derde evaluatie van de Wet Bopz.

Dit besluit wordt met de toelichting in de Staatscourant geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H. Hoogervorst

Toelichting

Aanleiding voor de derde evaluatie van de Wet Bopz

De Wet Bopz kent een wettelijke evaluatieverplichting (artikel 71) op grond waarvan de wet iedere vijf jaar geëvalueerd moet worden.

De eerste evaluatie van de wet heeft al drie jaar na de inwerkingtreding plaatsgevonden en werd eind 1996 afgerond.¹²⁰ Het standpunt van het kabinet daarop vond ruim een jaar later plaats.¹²¹ Uit deze eerste evaluatie kwam naar voren dat de implementatie van deze wet nog niet of onvoldoende was voltooid.

De tweede evaluatie van de wet richtte zich daarom vooral op de voortgang van het implementatieproces en de resultaten waartoe dat had geleid. Daarbij zijn niet alle onderwerpen van de eerste evaluatie aan de orde gekomen. Wel heeft men zoveel mogelijk gestreefd naar een vergelijking tussen de resultaten van de eerste en de tweede evaluatie. De evaluatie werd begin 2002 afgerond.¹²² In augustus 2004 verscheen het kabinetsstandpunt over dit rapport.¹²³

Maatregelen ter verbetering van (de benutting van) de wet bleken noodzakelijk. Daartoe heeft het Kabinet gekozen voor een aanpak in drie trajecten.

Het eerste traject heeft als doel de praktijk beter gebruik te laten maken van de mogelijkheden van de wet. Daarbij gaat het om betere voorlichting over de wet via een serie voorlichtingsbrochures en het opstellen van leidraden voor de toepassing van het gevaarscriterium (beslisschema dwangopname zoals wordt ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie).

Via het tweede traject komt er een uitbreiding van de wettelijke mogelijkheden op het gebied van dwangbehandeling. Ook is een wetsvoorstel in voorbereiding voor een aparte regeling voor de psychogeriatrische en de verstandelijk gehandicapten-sector. Met het zo spoedig mogelijk uitvoeren van deze twee trajecten verwacht het

- 120 Wet Bopz, Evaluatierapport. Tussen invoering en praktijk, Rijswijk, november 1996
- 121 Kabinetsstandpunt Evaluatie van de Wet Bopz, Rijswijk, december 1997 (zie Kamerstukken II, vergaderjaar 1997-1998, 25 763, nr. 1).
- 122 Evaluatie Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen, conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie, deel 10, Den Haag, ZonMw, maart 2002
- 123 Kabinetsstandpunt over de tweede evaluatie van de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen, Den Haag, augustus 2004 (Zie Kamerstukken II, vergaderjaar 2003-2004, 25 763, nr. 4 voor het kabinetsstandpunt van 11 augustus 2004 evenals Kamerstukken II, vergaderjaar 2004-2005, 25 763, nr. 10 voor het verslag van de bespreking in de Tweede Kamer over het tweede evaluatierapport en het Kabinetsstandpunt erover)

Kabinet op adequate wijze tegemoet te komen aan de in de praktijk geschetste tekortkomingen van de Wet Bopz.

Tijdens het derde traject moet worden nagegaan of de inspanningen van de eerste twee trajecten hebben gewerkt. Daarom zal de derde evaluatie van de Wet Bopz zich in vervolg op de eerdere evaluaties moeten gaan richten op de vraag of alle inspanningen van de bovengenoemde trajecten ervoor hebben gezorgd dat de Wet Bopz op adequate wijze functioneert.

Onderzoeksvragen en evaluatiecommissie voor de derde evaluatie

In de eerste en tweede evaluatie van de Wet Bopz lag de nadruk op het onderzoek naar de implementatie van de wet. De derde evaluatie wordt anders van aard en opzet. Het is de bedoeling dat het onderzoek gerichter en minder uitgebreid zal zijn dan de voorgaande twee evaluaties. Er zullen dan ook minder deelonderwerpen worden behandeld.

Aan de Tweede Kamer is toegezegd dat binnen de derde evaluatie aandacht zal worden besteed aan de internationale context (best practices in het buitenland van bijvoorbeeld de juridische vormgeving en de psychiatrische behandeling), de positie van patiënten met een andere etnische achtergrond en de op 1 januari 2004 in werking getreden voorwaardelijke machtiging.

Voorts is toegezegd dat voor de derde evaluatie de hoofdvraag is of de Wet Bopz na de diverse aanpassingen en de verbeterde voorlichting op adequate wijze functioneert en welke wijzigingen eventueel noodzakelijk zijn. De uitkomsten van de voorgaande twee evaluaties worden daarbij als gegeven beschouwd, evenals bovengenoemde inspanningen om de wet te verbeteren en beter te laten benutten. Met het oog op de komende wetswijziging voor een aparte regeling voor de psychogeriatrische en de verstandelijk gehandicaptensector ligt het hoofddaccent op de psychiatrie. Daar waar zaken care breed spelen, komen vooral de psychogeriatrische en de verstandelijk gehandicaptensector in beeld. De observatiemachtiging die op 1 januari 2006 in werking zal treden, kent een wettelijk verplichte evaluatie en zal daarom geen onderwerp zijn van de derde evaluatie.

Aan de Tweede Kamer hebben de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie toegezegd een evaluatiecommissie te formeren ten behoeve van het onderzoek en dat deze commissie uit een brede schakering van deskundigen en belanghebbenden zal bestaan. In dit besluit wordt aan deze toezegging voldaan. Naast begeleiding van het onderzoek is de belangrijkste taak van deze commissie om op basis van een probleemanalyse (waarbij vragen aan de orde kunnen komen zoals zijn de opnemingsregels adequaat, en is er, naast het komende wetsvoorstel en de nieuwe instrumenten voorwaardelijke machtiging en zelfbinding, nog een noodzaak tot regels over dwangbehandeling buiten de inrichting) de vraag te beantwoorden of de Wet Bopz, zoals die na verschillende recente en voorgenomen wijzigingen zal luiden, nog wel aan de hedendaagse eisen voldoet. Bij recente debatten in de Tweede Kamer is deze vraag, mede vanuit diverse praktijk- en belangenorganisaties, opgeworpen. In samenspraak met de evaluatiecommissie zal worden bepaald

welk(e) onderzoek(en) moet(en) plaatsvinden voor de beantwoording van deze vraag.

Op basis van een probleemanalyse moet de evaluatiecommissie tot haar oordeel komen. De leden ontvangen voor het bijwonen van vergaderingen en overige bijeenkomsten een vergoeding die overeenkomt met de vacatiegelden voor een zware commissie volgens het Vacatiegeldenbesluit 1988. Daarnaast hebben de leden van de commissie recht op vergoeding wegens reis- en verblijfskosten in overeenstemming met het Reisbesluit Binnenland.

Via een Europese aanbestedingsprocedure is een bureau aangetrokken om de onderzoeken uit te voeren. Voordat het onderzoeksprogramma definitief wordt vastgesteld, zal dit aan de commissie ter beoordeling en goedkeuring worden voorgelegd.

Het bureau dat het onderzoek uitvoert, verzorgt het secretariaat van de evaluatiecommissie.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H. Hoogervorst

Bijlage 4: Tekst van de Wet Bopz geldend na inwerkingtreding van de wet van 20 november 2006, Stb. 680 (zelfbinding)

Wet van 29 oktober 1992, tot vervanging van de Wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz. Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is de wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen door een nieuwe wet te vervangen en de nieuwe wet, in aanmerking genomen de in het algemeen op het gebied van de zorg voor de volksgezondheid bestaande regelingen, in hoofdzaak betrekking te doen hebben op personen die op grond van een rechterlijke uitspraak in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen of verblijven;

Zo is het, dat Wij, de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

Hoofdstuk I. Algemeen

Artikel 1

1. Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde wordt verstaan onder:
 - a. Onze Minister: Onze Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur;
 - b. hoofdinspecteur: de bevoegde hoofdinspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid;
 - c. inspecteur: de bevoegde inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid;
 - d. stoornis van de geestvermogens: een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens;
 - e. gestoord zijn in zijn geestvermogens: een stoornis van de geestvermogens hebben;
 - f. gevaar:
 - 1°. gevaar voor degene, die het veroorzaakt, hetgeen onder meer bestaat uit:
 - a. het gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig lichamenlijk letsel zal toebrengen;
 - b. het gevaar dat betrokkene maatschappelijk te gronde gaat;
 - c. het gevaar dat betrokkene zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen;
 - d. het gevaar dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.
 - 2°. gevaar voor een of meer anderen, hetgeen onder meer bestaat uit:
 - a. het gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamenlijk letsel zal toebrengen;
 - b. het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander;
 - c. het gevaar dat betrokkene een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.
 - 3°. gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen;
 - g. echtgenoot: de niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot;

- h. psychiatrisch ziekenhuis: een door Onze Minister als psychiatrisch ziekenhuis, verpleeginrichting dan wel zwakzinnigeninrichting aangemerkte zorginstelling of afdeling daarvan, gericht op behandeling, verpleging en verblijf van personen die gestoord zijn in hun geestvermogens en mede geschikt voor de desbetreffende categorie van met toepassing van hoofdstuk VI, § 1, of hoofdstuk VIII opgenomen personen;
 - i. arts: een persoon die bevoegd is de titel van arts te voeren;
 - j. psychiater: een arts die bevoegd is de titel van psychiater of zenuwarts te voeren;
 - k. instelling: een rechtspersoonlijkheid bezittende vereniging, stichting of instelling, welke zich blijkens haar statuten of reglementen toelegt op het bevorderen van de psycho-sociale of de sociaal-psychiatrische zorg ten behoeve van personen die gestoord zijn in hun geestvermogens;
 - l. inbewaringstelling: de inbewaringstelling, bedoeld in artikel 20;
 - m. patiëntenvertrouwenspersoon:
 - a. persoon die in een psychiatrisch ziekenhuis werkzaam is om, onafhankelijk van het bestuur en van personen in dienst van het ziekenhuis, aan patiënten in het ziekenhuis op hun verzoek advies en bijstand te verlenen in aangelegenheden, samenhangend met hun opnemings en verblijf in het ziekenhuis;
 - b. persoon die onafhankelijk van de behandelaar aan patiënten op hun verzoek advies en bijstand verleent in aangelegenheden samenhangend met een voorwaardelijke machtiging of met een zelfbindingsverklaring als bedoeld in artikel 34a.
2. Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde heeft degene die met betrokkene een duurzame gemeenschappelijke huishouding heeft of met betrokkene een geregistreerd partnerschap is aangegaan, gelijke bevoegdheden als de echtgenoot.
 3. Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde wordt onder 'geneesheer-directeur' mede verstaan de arts die, hoewel geen directeursfunctie bekledende, belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het psychiatrisch ziekenhuis.
 4. Voor de toepassing van deze wet wordt onder 'rechter' verstaan de enkelvoudige of meervoudige kamer van de rechtbank voor het behandelen en beslissen van burgerlijke zaken, met dien verstande dat aan de behandeling van zaken met betrekking tot minderjarige personen de kinderrechter deelneemt.
 5. Onze Minister kan bepalen, welk college voor de toepassing van deze wet ten aanzien van psychiatrische ziekenhuizen van Rijk, provincie of gemeente als bestuur wordt aangemerkt.

Hoofdstuk II. Opnemings

§ 1. Voorlopige machtiging

Artikel 2

1. De rechter kan op verzoek van de officier van justitie een voorlopige machtiging verlenen om iemand die gestoord is in zijn geestvermogens, in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en te doen verblijven. Indien de betrokkene reeds vrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, strekt de machtiging er toe het verblijf te doen voortduren.
2. Een machtiging als bedoeld in het eerste lid, kan slechts worden verleend indien naar het oordeel van de rechter

- a. de stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar doet veroorzaken, en
 - b. het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend.
3. Voor opnemings en verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis is een machtiging als bedoeld in het eerste lid vereist, indien ter zake daarvan
- a. de betrokkene geen blijk geeft van de nodige bereidheid en twaalf jaar of ouder is,
 - b. de ouders die gezamenlijk of de ouder die alleen het gezag over de betrokkene uitoefenen, de voogd, de curator dan wel de mentor, van oordeel zijn dat opnemings en verblijf niet moeten plaatsvinden, of
 - c. de ouders die gezamenlijk het gezag over de betrokkene uitoefenen, van mening verschillen.
4. In het geval, bedoeld in de tweede volzin van het eerste lid, is de machtiging vereist indien de daartoe met overeenkomstige toepassing van het derde lid bevoegde persoon of personen ervan blijk geven het vrijwillig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis te willen beëindigen, tenzij die persoon of personen te kennen geven de behandeling in een ander door deze persoon of personen aangewezen psychiatrisch ziekenhuis te willen doen voortzetten en dat ziekenhuis bereid is de betrokkene op te nemen.
5. Met betrekking tot het in het derde lid, onder a, bedoelde blijk geven van de nodige bereidheid is artikel 453 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek niet van toepassing.

Artikel 3

In afwijking van het bepaalde in artikel 2, derde lid, onder a, is voor opnemings en verblijf van een persoon in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting de in artikel 2 bedoelde machtiging vereist, indien de betrokkene blijk geeft van verzet tegen opnemings of verblijf.

Artikel 4

1. Tot het indienen van een verzoek, gericht op het verkrijgen van een voorlopige machtiging als bedoeld in artikel 2, zijn bevoegd:
- a. de echtgenoot;
 - b. de ouders dan wel een van hen, voor zover zij niet van het gezag zijn ontheven of ontzet, en elke meerderjarige bloedverwant in de rechte lijn, niet zijnde een ouder, en in de zijlijn tot en met de tweede graad;
 - c. de voogd, de curator of de mentor van de betrokkene.
2. Het verzoek wordt schriftelijk gedaan aan de officier van justitie bij de ingevolge artikel 7 bevoegde rechtbank.

Artikel 5

1. Bij een verzoek als bedoeld in artikel 4, moet worden overgelegd een verklaring van een psychiater die de betrokkene met het oog daarop kort te voren heeft onderzocht maar niet bij diens behandeling betrokken was. In het geval, bedoeld in artikel 2, vierde lid, moet worden overgelegd een verklaring van de geneesheer-directeur van het ziekenhuis waarin betrokkene verblijft, die:
- a. indien hij niet bij de behandeling betrokken was, betrokkene met het oog daarop kort tevoren heeft onderzocht of doen onderzoeken door een psychiater die niet bij de behandeling betrokken was, of

- b. indien hij bij de behandeling betrokken was, betrokkene met het oog daarop kort tevoren heeft doen onderzoeken door een psychiater die niet bij de behandeling betrokken was.
- Uit de verklaring dient te blijken dat de persoon op wie de verklaring betrekking heeft, is gestoord in zijn geestvermogens en dat een geval als bedoeld in artikel 2 zich voordoet.
- De geneeskundige verklaring verschaft inzicht in de actuele situatie van de betrokkene. De verklaring moet met redenen zijn omkleed en zijn ondertekend.
2. Indien in een geval als bedoeld in artikel 2, vierde lid, een verklaring zal worden opgemaakt met het oog op een verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging als bedoeld in artikel 2, eerste lid, wordt de betrokkene daarvan in kennis gesteld.
 3. De psychiater, bedoeld in de eerste volzin van het eerste lid, pleegt zo mogelijk tevoren overleg met de huisarts en de behandelend psychiater van de betrokkene. Indien dit overleg niet heeft plaatsgevonden, vermeldt de psychiater de reden daarvan in de verklaring. In het geval bedoeld in artikel 2, vierde lid, pleegt degene die het onderzoek uitvoert tevoren overleg met de behandelend psychiater.
 4. Indien de betrokkene minderjarig is, moet tevens worden overgelegd een uittreksel uit het in artikel 244 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek bedoelde register, of een verklaring van de griffier van de rechtbank dat ten aanzien van de minderjarige het register geen gegevens bevat.
 5. Indien de betrokkene onder curatele is gesteld, moet tevens worden overgelegd een uittreksel uit het in artikel 391 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek bedoelde register.
 6. Indien ten behoeve van de betrokkene een mentorschap is ingesteld, moet tevens worden overgelegd een afschrift van de beschikking waarbij het mentorschap is ingesteld alsmede van die waarbij een mentor is benoemd.

Artikel 6

1. Indien een verzoek als bedoeld in artikel 4, is gedaan, doet de officier van justitie bij de rechter een verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging, tenzij hij het verzoek, bedoeld in artikel 4, kennelijk ongegrond acht of minder dan een jaar verstreken is sedert een vorig verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging is afgewezen dat op dezelfde persoon betrekking had, en uit het nieuwe verzoek als bedoeld in artikel 4 niet blijkt van nieuwe feiten.
2. Indien zich naar het oordeel van de officier van justitie een geval voordoet als bedoeld in artikel 2, doet hij, ook indien hij daartoe ingevolge het eerste lid niet verplicht is, bij de rechter een verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging.
3. Indien de beslissing van de officier van justitie inzake het doen van het verzoek betrekking heeft op een persoon die reeds in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, deelt de officier zijn beslissing schriftelijk mede aan de geneesheer-directeur van dat psychiatrisch ziekenhuis.
4. Een verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging ten aanzien van een persoon die reeds in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, wordt zo spoedig mogelijk gedaan, doch in elk geval binnen twee weken na de dag van verzending van de verklaring van de geneesheer-directeur, bedoeld in artikel 5, eerste lid.
5. Bij het verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging worden de in artikel 5 bedoelde bescheiden alsmede - indien aanwezig - het verzoek, bedoeld in artikel 4, overgelegd.

Artikel 7

1. Bevoegd is de rechtbank van de woonplaats van de betrokkene of, bij gebreke van een woonplaats in Nederland, van zijn werkelijk verblijf dan wel, indien het verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging wordt gedaan in een geval als bedoeld in artikel 2, vierde lid, de rechtbank van het arrondissement waarin het ziekenhuis waarin de betrokkene verblijft, gelegen is.
2. Indien, in een geval als bedoeld in artikel 2, vierde lid, de betrokkene, nadat de verklaring bedoeld in artikel 5, eerste lid, ter kennis van het openbaar ministerie is gekomen, is overgebracht naar een ziekenhuis in een ander arrondissement, kan de oorspronkelijk bevoegde officier van justitie dan wel - na het verzoek van de officier van justitie - de oorspronkelijk bevoegde rechter besluiten de behandeling van de zaak voort te zetten. De rechter kan evenwel verwijzing van de behandeling van het verzoek naar de rechter van dat andere arrondissement bevelen.

Artikel 8

1. Alvorens op het verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging te beschikken, hoort de rechter degene ten aanzien van wie de machtiging is verzocht, tenzij de rechter vaststelt dat de betrokkene niet bereid is zich te doen horen. Indien de betrokkene in Nederland verblijft, maar buiten staat is zich naar de rechtbank te begeven, zal de rechter, door de griffier vergezeld, hem te zijner verblijfplaats horen. Indien de betrokkene reeds in een psychiatrisch ziekenhuis of in een ziekenhuis, niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis, verblijft, wordt de rechter, vergezeld van de griffier, door het ziekenhuis in de gelegenheid gesteld hem aldaar te horen. Indien de betrokkene niet in Nederland verblijft, wordt de verdere behandeling van het verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging aangehouden totdat hij in Nederland kan worden gehoord.
2. De betrokkene die minderjarig is, onder curatele is gesteld dan wel ten behoeve van wie een mentorschap is ingesteld, is bekwaam in deze procedure in rechte op te treden.
3. De rechter geeft het bureau rechtsbijstandvoorziening last tot toevoeging van een raadsman aan de betrokkene, tenzij de betrokkene daartegen bedenkingen heeft. De artikelen 38, 39, 45 tot en met 49, 50, eerste lid, en 51 van het Wetboek van Strafvordering zijn van overeenkomstige toepassing.
4. De rechter doet zich, zo mogelijk, voorlichten door:
 - a. degene die het verzoek, bedoeld in artikel 4, heeft ingediend;
 - b. de echtgenoot;
 - c. degene door wie de betrokkene wordt verzorgd;
 - d. de ouders van de betrokkene die het gezag uitoefenen;
 - e. de voogd, de curator of de mentor van de betrokkene;
 - f. de instelling of psychiater die de betrokkene behandelt of begeleidt;
 - g. degene die de verklaring, bedoeld in artikel 5, heeft afgegeven.
5. De rechter kan zich doen voorlichten door een of meer van de in artikel 4 bedoelde bloedverwanten die het verzoek niet hebben ingediend.
6. De rechter kan onderzoek door deskundigen bevelen en is bevoegd deze deskundigen alsmede getuigen op te roepen. De rechter roept de door de betrokkene opgegeven deskundigen en getuigen op, tenzij hij van oordeel is dat door het achterwege blijven daarvan de betrokkene redelijkerwijs niet in zijn belangen kan zijn geschaad. Indien hij een opgegeven deskundige of getuige niet heeft opgeroepen, vermeldt hij de reden daarvan in de beschikking.

7. Indien de rechter dit gewenst oordeelt, kan hij de personen, bedoeld in het vierde lid, onder a en g verplichten te verschijnen.
8. Indien de rechter zich doet voorlichten door een of meer der personen, bedoeld in het vierde, vijfde en zesde lid, buiten tegenwoordigheid van de betrokkene, wordt de zakelijke inhoud van de verstrekte inlichtingen aan de betrokkene medegedeeld.
9. De betrokkene of zijn raadsman wordt in de gelegenheid gesteld zijn zienswijze kenbaar te maken naar aanleiding van de mededelingen en verklaringen van de personen, bedoeld in het vierde, vijfde en zesde lid.
10. Kosten van getuigen en deskundigen in verband met de toepassing van het zesde lid, komen ten laste van 's Rijks kas.

Artikel 8a

Indien de rechtbank op grond van het door haar ingestelde onderzoek zich afvraagt of in de gegeven omstandigheden een andere maatregel dan de verzochte niet passender is, kan zij dit gevoelen aan de officier van justitie kenbaar maken; zo nodig bepaalt de rechtbank daarbij dat de behandeling op een later tijdstip wordt voortgezet.

Artikel 9

1. De rechter beslist zo spoedig mogelijk. Indien het verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging betrekking heeft op een persoon die reeds in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, beslist de rechter in elk geval binnen drie weken na het indienen van het verzoekschrift.
2. De griffier zendt een afschrift van de beschikking inzake de machtiging aan:
 - a. de betrokkene;
 - b. de raadsman van de betrokkene;
 - c. de ouders die het gezag uitoefenen, de voogd, de curator of de mentor;
 - d. de echtgenoot van de betrokkene of degene door wie de betrokkene wordt verzorgd;
 - e. de verzoeker indien deze niet is een der onder c of d genoemde personen;
 - f. de officier van justitie.
3. Van een beschikking waarbij op het verzoek tot het verlenen van de voorlopige machtiging afwijzend wordt beslist, geeft de griffier tevens kennis aan de huisarts van de betrokkene en aan de inspecteur.
4. Bij de kennisgeving aan de huisarts en de inspecteur, bedoeld in het derde lid, voegt de griffier afschrift van de geneeskundige verklaring, bedoeld in artikel 5.
5. Tegen de beschikking op een verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging staat geen hoger beroep open.

Artikel 10

1. De beschikking van de rechter is bij voorraad uitvoerbaar. De voorlopige machtiging kan niet meer ten uitvoer worden gelegd wanneer meer dan twee weken na haar dagtekening zijn verlopen.
2. Indien in de eerste week na de dagtekening van de voorlopige machtiging, niet zijnde een machtiging in een geval als bedoeld in artikel 3, door de daarvoor in aanmerking komende psychiatrische ziekenhuizen nog niet tot opnemings is overgegaan, kan de officier van justitie, na overleg met de inspecteur, een van de bovenbedoelde ziekenhuizen bevelen de betrokkene op te

nemen. Hij legt zodanige verplichting niet op dan nadat hij de geneesheer-directeur van het desbetreffende ziekenhuis heeft gehoord. Het desbetreffende ziekenhuis is verplicht de betrokkene op te nemen.

3. Bij de opneming van de betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis wordt een afschrift van de in artikel 5 bedoelde geneeskundige verklaring aan het ziekenhuis overgelegd.
4. De voorlopige machtiging heeft een geldigheidsduur van ten hoogste zes maanden na haar dagtekening, onverminderd het bepaalde in de artikelen 48 en 49.

Artikel 11

De geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis waarin de betrokkene is opgenomen, doet van deze opneming zo spoedig mogelijk mededeling aan de griffier van de rechtbank die de machtiging heeft verleend, en aan de officier van justitie bij die rechtbank.

Artikel 12

1. Na ontvangst van de in artikel 11 bedoelde mededeling geeft de griffier van het verlenen van de voorlopige machtiging - onder vermelding van het psychiatrisch ziekenhuis waarin de betrokkene ingevolge de machtiging verblijft - kennis aan:
 - a. de in artikel 8, vierde lid, onder b tot en met g bedoelde personen of instelling en de huisarts van de betrokkene;
 - b. de inspecteur en de officier van justitie in wier ambtsgebieden het psychiatrisch ziekenhuis gelegen is.
2. De griffier stelt desgevraagd andere personen en instellingen die door de rechter zijn gehoord, met uitzondering van de persoon, bedoeld in artikel 8, vierde lid, onder a, in kennis van het verlenen van de voorlopige machtiging onder vermelding van de naam en het adres van het psychiatrisch ziekenhuis waarin de betrokkene is opgenomen.

Artikel 13

Aan de geneesheer-directeur en aan de voor de behandeling verantwoordelijke persoon geeft de griffier desgevraagd nadere inlichtingen omtrent hetgeen de rechter bij de behandeling van het verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging tot voorlichting heeft gediend.

Artikel 14

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur, vast te stellen op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie, worden nadere voorschriften gegeven met betrekking tot het verzoekschrift, bedoeld in artikel 4, en de verklaringen, bedoeld in artikel 5 en artikel 14a, vierde lid.

§ 1a. Voorwaardelijke machtiging

Artikel 14a

1. De rechter kan op verzoek van de officier van justitie met betrekking tot een persoon die gestoord is in zijn geestvermogens en twaalf jaar of ouder is, een voorwaardelijke machtiging verlenen.
2. Een voorwaardelijke machtiging kan slechts worden verleend, indien naar het oordeel van de rechter:
 - a. de stoornis van de geestvermogens betrokkene gevaar doet veroorzaken, en
 - b. het gevaar buiten een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een zwakzinnigeninrichting of een verpleeginrichting, slechts door het stellen en naleven van voorwaarden kan worden afgewend.
3. Artikel 4 is van toepassing, met dien verstande dat de betrokkene ook zelf een verzoek tot het verkrijgen van een voorwaardelijke machtiging kan indienen.
4. Bij een verzoek als bedoeld in artikel 4, gericht op het verkrijgen van een voorwaardelijke machtiging, moet worden overgelegd een verklaring van een psychiater die de betrokkene met het oog daarop kort tevoren heeft onderzocht, maar niet bij diens behandeling betrokken was. Uit de verklaring dient te blijken dat de persoon op wie de verklaring betrekking heeft, gestoord is in zijn geestvermogens en dat een geval als bedoeld in het tweede lid zich voordoet. De verklaring verschaft inzicht in de actuele geestelijke gezondheidstoestand van de betrokkene. De verklaring is met redenen omkleed en ondertekend. Artikel 5, derde tot en met zesde lid, en de artikelen 6 tot en met 8a zijn van overeenkomstige toepassing. Artikel 9 is van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de griffier tevens een afschrift van de beschikking inzake de voorwaardelijke machtiging aan de inspecteur zendt. Artikel 10, eerste lid, eerste volzin, is van overeenkomstige toepassing.
5. De rechter verleent een voorwaardelijke machtiging slechts indien een behandelingsplan wordt overgelegd dat met instemming van de betrokkene door de psychiater die verantwoordelijk zal zijn voor de behandeling, verder te noemen de behandelaar, is opgesteld. Het behandelingsplan bevat de therapeutische middelen die zullen worden toegepast teneinde buiten de inrichting het gevaar af te wenden. Het behandelingsplan regelt de wijze waarop de behandelaar er op toeziet dat het gevaar buiten de inrichting wordt afgewend. Artikel 38, tweede lid, eerste volzin, is van overeenkomstige toepassing. Het krachtens artikel 38, derde lid, omtrent het behandelingsplan, bedoeld in artikel 38, eerste lid, bepaalde is op dit behandelingsplan van overeenkomstige toepassing. In het behandelingsplan wordt mededeling gedaan van het psychiatrisch ziekenhuis dat bereid is de betrokkene op te nemen als deze de voorwaarden niet naleeft of het gevaar niet langer buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend door de naleving van de voorwaarden.
6. Het verlenen van een voorwaardelijke machtiging geschiedt in elk geval onder de voorwaarde dat betrokkene zich onder behandeling stelt van de behandelaar, overeenkomstig het overgelegde behandelingsplan.
7. Naast de in het zesde lid bedoelde voorwaarde kan de rechter bij de voorwaardelijke machtiging voorwaarden stellen betreffende het gedrag van de betrokkene, voorzover dit gedrag het gevaar, voortvloeiend uit de stoornis van de geestvermogens, beïnvloedt. De voorwaarden mogen de vrijheid van godsdienst of levensovertuiging dan wel de staatkundige vrijheid niet beperken.
8. De rechter geeft slechts toepassing aan het eerste lid, indien de betrokkene zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarden.

9. Vanaf het moment dat voor betrokkene een voorwaardelijke machtiging geldt, verleent de patiëntenvertrouwenspersoon op verzoek van betrokkene advies en bijstand.
10. De behandelaar draagt ervoor zorg dat betrokkene zo spoedig mogelijk in het bezit wordt gesteld van een schriftelijk overzicht van de op grond van deze wet aan hem toekomende rechten; de behandelaar draagt er tevens zorg voor dat betrokkene een mondelinge toelichting terzake ontvangt.

Artikel 14b

1. Het behandelingsplan kan met instemming van de betrokkene door de behandelaar worden gewijzigd. Afschrift van een gewijzigd behandelingsplan wordt terstond gezonden aan de griffier van de rechtbank die de voorwaardelijke machtiging heeft verleend, en aan de officier van justitie bij die rechtbank.
2. Het bij de artikelen 37, eerste lid, derde volzin, en 56, eerste lid, onderdelen a tot en met c, tweede lid, onderdelen b en c, derde en vijfde lid, alsmede het krachtens artikel 37, vierde lid, en artikel 56, vierde lid, omtrent het patiëntendossier bepaalde is van overeenkomstige toepassing.
3. De betrokkene of de behandelaar kan de officier van justitie verzoeken de beslissing van de rechter omtrent het wijzigen van de voorwaarden of het aanwijzen van een andere behandelaar te verzoeken. Het verzoek van de betrokkene of de behandelaar wordt schriftelijk gedaan.
4. De officier van justitie verzoekt na ontvangst zo spoedig mogelijk de beslissing van de rechter.
5. De rechter kan op verzoek van de officier van justitie de voorwaarden wijzigen of een andere behandelaar aanwijzen. De artikelen 8 en 14a, zesde tot en met achtste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 14c

1. Een voorwaardelijke machtiging heeft een geldigheidsduur van ten hoogste zes maanden na haar dagtekening, onverminderd de artikelen 14f en 14g.
2. De rechter kan op verzoek van de officier van justitie telkens een nieuwe voorwaardelijke machtiging verlenen met een geldigheidsduur van ten hoogste een jaar, onverminderd de artikelen 14f en 14g.
3. Een nieuwe voorwaardelijke machtiging wordt slechts verleend indien naar het oordeel van de rechter de stoornis van de geestvermogens van de betrokkene ook na het verloop van de geldigheidsduur van de lopende machtiging aanwezig zal zijn en deze stoornis de betrokkene ook dan gevaar zal doen veroorzaken en het afwenden van het gevaar een nieuwe voorwaardelijke machtiging vereist.
4. De personen, bedoeld in artikel 4, eerste lid, alsmede de behandelaar kunnen de officier van justitie bij de rechtbank die de voorwaardelijke machtiging heeft afgegeven, schriftelijk verzoeken een verzoek te doen tot het verlenen van een nieuwe voorwaardelijke machtiging.
5. Bij het verzoek moet worden overgelegd een verklaring van een psychiater die betrokkene met het oog daarop kort tevoren heeft onderzocht, maar niet bij diens behandeling betrokken was, waaruit blijkt dat het geval, bedoeld in het derde lid, zich voordoet. Tevens wordt door de behandelaar een beschrijving overgelegd van de geestelijke en lichamelijke toestand van de betrokkene, van de op hem toegepaste behandeling en de effecten daarvan.

6. Het verzoekschrift tot verlening van een nieuwe voorwaardelijke machtiging wordt ingediend tijdens de zesde of de vijfde week voor het einde van de geldigheidsduur van de lopende machtiging.
7. De artikelen 14a en 14b zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 14d

1. De geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis, bedoeld in artikel 14a, vijfde lid, doet de betrokkene opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis, indien buiten de inrichting het gevaar niet langer kan worden afgewend door de naleving van de voorwaarden. De geneesheer-directeur kan de betrokkene doen opnemen, wanneer deze de gestelde voorwaarden niet naleeft of op verzoek van de betrokkene. De opneming geschiedt niet dan nadat de geneesheer-directeur als bedoeld in artikel 14a, vijfde lid, de betrokkene in de gelegenheid heeft gesteld om te worden gehoord en niet dan nadat hij betrokkene kort tevoren heeft onderzocht of doen onderzoeken door een psychiater die niet bij de behandeling betrokken was. Deze psychiater verschaft aan de geneesheer-directeur een schriftelijke verklaring ter zake van zijn instemming.
2. De opneming geschiedt voor ten hoogste de termijn van de resterende geldigheidsduur van de voorwaardelijke machtiging, welke van de beslissing van de geneesheer-directeur af geldt als voorlopige machtiging. De geneesheer-directeur stelt de betrokkene uiterlijk vier dagen na zijn beslissing tot opneming daarvan schriftelijk in kennis onder mededeling van de redenen van de beslissing. Een afschrift van de mededeling wordt gezonden aan de officier van justitie bij de rechtbank die de voorwaardelijke machtiging heeft verleend.
3. De personen, bedoeld in artikel 4, eerste lid, kunnen de geneesheer-directeur verzoeken toepassing te geven aan het eerste lid.
4. De geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis doet van de opneming mededeling aan de griffier van de rechtbank die de voorwaardelijke machtiging heeft verleend.
5. De artikelen 10, tweede lid, en 12, eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 14e

1. Met betrekking tot de beslissing van de geneesheer-directeur tot opneming staat voor de betrokkene en voor ieder van de in artikel 4, eerste lid, bedoelde personen de mogelijkheid open de officier van justitie te verzoeken de beslissing van de rechter te verzoeken. Het verzoek van een van deze personen wordt schriftelijk gedaan; bij het verzoek wordt gevoegd een afschrift van de beslissing van de geneesheer-directeur. Artikel 49, zesde lid, is van overeenkomstige toepassing.
2. De inspecteur geeft desgevraagd of eigener beweging aan de officier van justitie schriftelijk zijn oordeel over de beslissing van de geneesheer-directeur.
3. De officier van justitie verzoekt na ontvangst van het verzoek met de bijbehorende stukken zo spoedig mogelijk de beslissing van de rechter. Aan de verzoeker wordt schriftelijk medegedeeld dat het verzoekschrift is ingediend.
4. Artikel 49, zevende en negende lid, is van overeenkomstige toepassing, met uitzondering van het voorschrift dat het verzoek wordt behandeld door de meervoudige kamer van de rechtbank.

Artikel 14f

Artikel 14d, eerste lid, vindt geen toepassing indien:

- a. in artikel 14g, eerste lid, bedoelde verklaring, al dan niet na toepassing van artikel 14g, vierde lid, is verschaft;
- b. de geldigheidsduur van de voorwaardelijke machtiging is verstreken, tenzij voor het einde van de termijn een verzoekschrift is ingediend tot het verlenen van een aansluitende machtiging, zolang niet op dat verzoekschrift afwijzend is beschikt en zolang de termijn voor het geven van de beschikking niet is verstreken;
- c. ten aanzien van betrokkene een inbewaringstelling is gelast.

Artikel 14g

1. De behandelaar verschaft aan de betrokkene, indien deze niet langer in zijn geestvermogens is gestoord of gevaarlijk is, in het geval, bedoeld in artikel 14f, onderdeel b, of indien de rechter na toepassing van artikel 14g, vierde lid, zulks heeft bevolen, een schriftelijke verklaring ter zake. Artikel 45, eerste lid, laatste volzin, is van overeenkomstige toepassing.
2. De betrokkene, ieder van de in artikel 4, eerste lid, bedoelde personen alsmede de inspecteur en de officier van justitie in wier ambtsgebied de woonplaats van de betrokkene is gelegen, kunnen aan de behandelaar verzoeken een verklaring als bedoeld in het eerste lid, te verschaffen.
3. De beslissing op het verzoek wordt aan de inspecteur medegedeeld. Voor de toepassing van het vierde lid wordt met een afwijzende beslissing van de behandelaar gelijkgesteld het niet beslissen binnen twee weken na ontvangst van het verzoek.
4. In geval van een afwijzende beslissing kan degene die de beslissing heeft verkregen, de officier van justitie verzoeken de beslissing van de rechter te verzoeken. Artikel 14e, eerste lid, tweede volzin, en tweede tot en met vierde lid, en artikel 49, zesde lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

§ 1b. Observatiemachtiging

Artikel 14h

1. De rechter kan op verzoek van de officier van justitie een observatiemachtiging verlenen om betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en te doen verblijven, indien het ernstig vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. Artikel 2, tweede lid, onder b, derde en vijfde lid, is van overeenkomstige toepassing.
2. De observatiemachtiging strekt ertoe te onderzoeken of:
 - a. een stoornis van de geestvermogens aanwezig is en
 - b. de stoornis betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken.
3. De observatiemachtiging heeft een geldigheidsduur van ten hoogste drie weken na de dag waarop de betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen, onverminderd de artikelen 48 en 49.
4. Op de observatiemachtiging zijn de artikelen 4 tot en met 7, eerste lid, 8, 9, eerste lid, eerste volzin, tweede tot en met vijfde lid, 10, eerste tot en met derde lid, en 11 tot en met 14 van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat uit de geneeskundige verklaring, bedoeld in artikel 5, moet blijken dat een geval als bedoeld in het eerste lid zich voordoet.

5. De observatiemachtiging schort op indien ten aanzien van betrokkene een inbewaringstelling is gelast.

Artikel 14i

1. Zolang de geldigheidsduur van de observatiemachtiging nog niet is geëindigd, kan de officier van justitie verzoeken dat een aansluitende machtiging als bedoeld in het vijfde lid wordt verleend. De officier van justitie neemt onverwijld een beslissing over het instellen van een verzoek tot het verlenen van een aansluitende machtiging, indien uit het onderzoek blijkt dat een stoornis van de geestvermogens betrokkene gevaar doet veroorzaken.
2. De griffier dient de ontvangst van het verzoekschrift terstond mee te delen aan de geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis waarin betrokkene krachtens de observatiemachtiging is opgenomen.
3. De rechter beslist binnen twee weken na het indienen van het verzoekschrift. In afwachting van de beslissing van de rechter wordt het gedwongen verblijf met ten hoogste twee weken na het indienen van het verzoekschrift voortgezet.
4. Indien de officier van justitie beslist om geen verzoek als bedoeld in het eerste lid in te stellen, doet hij daarvan terstond mededeling aan de geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis waarin betrokkene krachtens de observatiemachtiging is opgenomen.
5. De machtiging die volgt op een observatiemachtiging, is een machtiging als bedoeld in artikel 2, een machtiging als bedoeld in artikel 14a, dan wel een machtiging als bedoeld in artikel 32.

§ 2. Machtigingen tot voortgezet verblijf

Artikel 15

1. De rechter kan op verzoek van de officier van justitie met betrekking tot een persoon die ingevolge een voorlopige machtiging in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, een machtiging tot voortgezet verblijf verlenen.
2. Een machtiging tot voortgezet verblijf kan slechts worden verleend indien naar het oordeel van de rechter:
 - a. de stoornis van de geestvermogens van de betrokkene ook na verloop van de geldigheidsduur van de lopende machtiging aanwezig zal zijn en deze stoornis betrokkene ook dan gevaar zal doen veroorzaken, en
 - b. het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten het ziekenhuis kan worden afgewend.
3. Met betrekking tot de voortzetting van het verblijf van de betrokkene in het psychiatrisch ziekenhuis na verloop van de geldigheidsduur van de lopende machtiging zijn artikel 2, derde en vierde lid, en artikel 4 van overeenkomstige toepassing.

Artikel 16

1. Bij een verzoek van een persoon als bedoeld in artikel 4, gericht op het verkrijgen van een machtiging tot voortgezet verblijf, moet worden overgelegd een verklaring van de geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis waarin de betrokkene is opgenomen. Uit de verklaring dient te blijken dat het geval, bedoeld in artikel 15, zich voordoet.

2. Met betrekking tot de verklaring van de geneesheer-directeur zijn de artikelen 5, eerste lid, tweede volzin, 5, derde lid, derde volzin en 14 van overeenkomstige toepassing.
3. Met betrekking tot het verzoek van de officier van justitie is artikel 6, eerste, tweede en derde lid, van overeenkomstige toepassing.
4. Bij het verzoek van de officier van justitie moet worden overgelegd de verklaring, bedoeld in het eerste lid. Bij die verklaring is een afschrift gevoegd van de in artikel 37a bedoelde aantekeningen en van het in artikel 38 bedoelde behandelingsplan. Indien het behandelingsplan nog niet tot stand is gekomen wordt daarvan bij de verklaring mededeling gedaan, onder vermelding van de daarvoor bestaande redenen. Indien artikel 38, vijfde lid, derde volzin, toepassing heeft gevonden wordt daarvan, onder vermelding van de redenen, bij de verklaring mededeling gedaan.
5. Bevoegd is de rechtbank van het arrondissement waarin het ziekenhuis waarin de patiënt is opgenomen, is gelegen. Artikel 7, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 17

1. Het verzoekschrift van de officier van justitie tot het verlenen van een machtiging tot voortgezet verblijf wordt ingediend tijdens de zesde of vijfde week voor het einde van de geldigheidsduur van de lopende machtiging.
2. De rechter beslist binnen vier weken na het indienen van het verzoekschrift. De artikelen 8, 8a, 9, tweede tot en met vijfde lid, 12, 13 en 14 zijn van overeenkomstige toepassing.
3. De machtiging tot voortgezet verblijf, bedoeld in artikel 15, eerste lid, heeft een geldigheidsduur van ten hoogste een jaar na haar dagtekening, onverminderd het bepaalde in de artikelen 48 en 49.
4. Indien het verzoek van de officier van justitie betrekking heeft op een machtiging tot voortgezet verblijf in een zwakzinnigeninrichting of een verpleeginrichting, kan, indien te verwachten valt dat de omstandigheden, bedoeld in artikel 2, tweede lid, zich zullen blijven voordoen, een machtiging worden verleend die een geldigheidsduur heeft van ten hoogste vijf jaren, onverminderd het bepaalde in de artikelen 48 en 49.
5. De beschikking, bedoeld in het derde lid, is bij voorraad uitvoerbaar.

Artikel 18

1. De rechter kan op verzoek van de officier van justitie met betrekking tot een persoon die op grond van een machtiging tot voortgezet verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, telkens een nieuwe machtiging tot voortgezet verblijf verlenen.
2. Artikel 15, tweede en derde lid, en de artikelen 16 en 17 zijn van toepassing.

Artikel 19

Indien het verblijf van een persoon in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van rechterlijke machtigingen als bedoeld in de artikelen 2, 15 en 18, zonder onderbreking ten minste vijf jaren heeft geduurd, kan een machtiging tot voortgezet verblijf worden verleend die een geldigheidsduur heeft van ten hoogste twee jaren, onverminderd het bepaalde in de artikelen 48 en 49.

§ 3. Inbewaringstelling en machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling

Artikel 20

1. De burgemeester kan in het geval, bedoeld in het tweede lid, bij beschikking lastgeven dat een persoon die zich in zijn gemeente bevindt, gedurende de periode, benodigd voor de toepassing van artikel 27, in bewaring wordt gesteld, indien deze persoon twaalf jaar of ouder is en geen blijk geeft van de nodige bereidheid zich in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen dan wel een van de andere omstandigheden, bedoeld in artikel 2, derde en vierde lid, zich voordoet. De burgemeester kan de uitoefening van de bevoegdheid, bedoeld in de eerste volzin, delegeren aan een wethouder.
2. De burgemeester kan slechts lastgeven tot inbewaringstelling als bedoeld in het eerste lid, indien naar zijn oordeel
 - a. de betrokkene gevaar veroorzaakt,
 - b. het ernstige vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene het gevaar doet veroorzaken,
 - c. het gevaar zo onmiddellijk dreigend is dat toepassing van paragraaf 1 of paragraaf 1b van dit hoofdstuk niet kan worden afgewacht, en
 - d. het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend.
3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur, vast te stellen op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Binnenlandse Zaken, worden nadere voorschriften gegeven met betrekking tot de beschikking, bedoeld in het eerste lid. Een afschrift van de beschikking wordt aan betrokkene uitgereikt.
4. Het ten uitvoer leggen van een krachtens het eerste lid gegeven beschikking draagt de burgemeester op aan een of meer ambtenaren, aangesteld voor de uitvoering van de politietaak, die zich voorzien van de bijstand van een of meer personen met kennis van de zorg voor personen die gestoord zijn in hun geestvermogens. De bedoelde ambtenaren kunnen daartoe elke plaats betreden waar de op te nemen persoon zich bevindt, voor zover dat redelijkerwijs voor de vervulling van hun taak nodig is.
5. De door de burgemeester aangewezen personen kunnen aan de betrokkene voorwerpen ontnemen die een gevaar voor de veiligheid van de betrokkene of van anderen kunnen opleveren. Zij zijn bevoegd hem daartoe aan de kleding of aan het lichaam te onderzoeken.
6. Zo mogelijk worden de overeenkomstig het vijfde lid ontnomen voorwerpen met de betrokkene overgebracht naar het psychiatrisch ziekenhuis waarin hij wordt opgenomen. In het ziekenhuis wordt de patiënt een bewijs van ontvangst afgegeven waarin die voorwerpen zijn omschreven. De voorwerpen worden voor de patiënt bewaard, voor zover dit niet in strijd is met enig wettelijk voorschrift.
7. Bij de opname van de betrokkene in het psychiatrisch ziekenhuis wordt door de door de burgemeester aangewezen personen een afschrift van de beschikking, bedoeld in het eerste lid, aan het ziekenhuis overgelegd. Tenzij het geval, bedoeld in artikel 2, vierde lid, zich heeft voorgedaan, wordt daarbij tevens overgelegd een afschrift van de in artikel 21 bedoelde geneeskundige verklaring.

Artikel 21

1. De burgemeester gelast een inbewaringstelling niet dan nadat een, bij voorkeur niet-behandelend, psychiater of, zo dat niet mogelijk is, een, bij voorkeur niet-behandelend arts, niet psychiater zijnde, een schriftelijke verklaring heeft verstrekt waaruit met inachtneming van het bepaalde in het tweede en derde lid, blijkt dat het geval, bedoeld in artikel 20, tweede lid, zich voordoet.
2. Indien de arts die de verklaring afgeeft, geen psychiater is, pleegt hij zo mogelijk tevoren overleg met een psychiater en wel, indien de betrokkene onder behandeling is van een psychiater, bij voorkeur met die psychiater; indien de arts die de verklaring afgeeft, niet is de huisarts van de patiënt, pleegt hij zo mogelijk tevoren overleg met de huisarts. Indien overleg als bedoeld in de eerste volzin niet heeft plaatsgevonden, vermeldt de arts die de verklaring afgeeft, de reden daarvan in de verklaring.
3. Alvorens de verklaring af te geven onderzoekt de arts, zo enigszins mogelijk, de betrokkene.
4. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur, vast te stellen op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie, worden nadere voorschriften gegeven ten aanzien van de geneeskundige verklaring, bedoeld in de voorgaande leden.

Artikel 22

1. De burgemeester draagt, tenzij de betrokkene daartegen bedenkingen heeft, er zorg voor dat de betrokkene binnen 24 uur na het tijdstip waarop de beschikking, bedoeld in artikel 20, eerste lid, wordt gegeven, wordt bijgestaan door een raadsman. De artikelen 38, 39, 40, 45 tot en met 49, 50, eerste lid, en 51 van het Wetboek van Strafvordering zijn van overeenkomstige toepassing.
2. Bij algemene maatregel van bestuur, vast te stellen op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie, kunnen regels worden gegeven ten aanzien van de toepassing van de eerste volzin van het eerste lid.

Artikel 23

1. De burgemeester tekent zo spoedig mogelijk op de beschikking, bedoeld in artikel 20, eerste lid, de door hem ontvangen gegevens omtrent toepassing van de overige artikelen van deze paragraaf aan.
2. De schriftelijke beschikking van de burgemeester, de in artikel 21 bedoelde geneeskundige verklaring en een afschrift van het opgemaakte proces-verbaal, worden gedurende vijf jaren ter gemeentesecretarie bewaard en vervolgens vernietigd. De in de loop van deze termijn ontvangen stukken betreffende deze patiënt worden daarbij gevoegd.
3. De in het tweede lid bedoelde persoonsgegevens worden verzameld met het oog op de rechtspositie van de patiënt en zijn vertegenwoordigers alsmede met het oog op het toezicht in het kader van deze wet.
4. Is de beschikking niet ten uitvoer gelegd, dan wordt daarop de reden van niet-tenuitvoerlegging aangetekend. Het tweede lid is van toepassing.

Artikel 24

Indien binnen 24 uur na het tijdstip waarop de beschikking van de burgemeester is gegeven, door de daarvoor in aanmerking komende psychiatrische ziekenhuizen nog niet tot opname is overgegaan, kan de burgemeester na overleg met de inspecteur in wiens ambtsgebied zijn gemeente is gelegen, een van de bovenbedoelde ziekenhuizen bevelen de betrokkene op te nemen. Het betrokken ziekenhuis is verplicht de betrokkene op te nemen.

Artikel 25

1. De burgemeester draagt zorg dat onverwijld de inspecteur en de officier van justitie, in wier ambtsgebied zijn gemeente is gelegen, van de inbewaringstelling telefonisch of mondeling op de hoogte worden gesteld. Indien het ziekenhuis waarin de betrokkene zich ten tijde van de mededeling bevindt, is gelegen buiten het ambtsgebied van de inspecteur en de officier van justitie die op grond van de eerste volzin door de burgemeester op de hoogte moeten worden gesteld, worden ook de inspecteur en de officier van justitie, in wier ambtsgebied het ziekenhuis is gelegen, overeenkomstig het in de eerste volzin bepaalde op de hoogte gesteld.
2. Zo spoedig mogelijk nadat de beschikking is gegeven, doch in elk geval niet later dan de volgende dag, die niet is een zaterdag, zondag of algemeen erkende feestdag als bedoeld in de Algemene termijnenwet, zendt de burgemeester aan de in het eerste lid bedoelde functionarissen bij aangetekend schrijven een afschrift van de beschikking en van de in artikel 21 bedoelde geneeskundige verklaring.

Artikel 26

Bij de opneming geeft de burgemeester aan de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger en de naaste (familie) betrekking van de betrokkene zo mogelijk kennis van de door hem op grond van artikel 20 gegeven beschikking en van de opneming.

Artikel 27

1. Indien de officier van justitie na ontvangst van de in artikel 25, tweede lid, bedoelde bescheiden van oordeel is dat het gevaar, bedoeld in artikel 20, tweede lid, zich ten aanzien van de in bewaring gestelde persoon voordoet, doet hij uiterlijk op de dag na de datum van ontvangst van deze stukken die niet is een zaterdag, zondag of algemeen erkende feestdag als bedoeld in de Algemene termijnenwet (Stb. 1964, 314), bij de rechter een verzoek tot het verlenen van een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling van die persoon. De officier deelt aan de geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis waarin de betrokkene verblijft, schriftelijk mede dat het verzoekschrift is ingediend of dat hij heeft besloten geen verzoekschrift in te dienen.
2. Bij het verzoek van de officier van justitie worden overgelegd de beschikking van de burgemeester, bedoeld in artikel 20, eerste lid, en de geneeskundige verklaring, bedoeld in artikel 21. Artikel 5, vierde en vijfde lid, is van overeenkomstige toepassing.
3. Bevoegd is de rechtbank van het arrondissement waarin het ziekenhuis waarin de patiënt is opgenomen, is gelegen. Artikel 7, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 28

1. Degene ten aanzien van wie een last is gegeven tot inbewaringstelling, kan de rechter verzoeken een schadevergoeding toe te kennen op de grond dat de door de burgemeester gegeven last onrechtmatig was.
2. Het verzoek kan worden ingediend als zelfstandig verzoek bij een verweerschrift als bedoeld in artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, of bij een desbetreffend verzoekschrift ter gelegenheid van zijn verhoor, dan wel, indien de officier van justitie geen verzoek als bedoeld in artikel 27, eerste lid, doet, binnen zes weken nadat de last is gegeven, bij een afzonderlijk verzoekschrift.

3. Indien het verzoek wordt ingediend bij verzoekschrift ter gelegenheid van het verhoor van de betrokkene is artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering van overeenkomstige toepassing.

Artikel 29

1. Met betrekking tot de behandeling van de zaak door de rechter is artikel 8, eerste, tweede en derde lid, van overeenkomstige toepassing.
2. De rechter doet zich zo mogelijk voorlichten door personen uit de naaste omgeving van de betrokkene, door de arts die de geneeskundige verklaring, bedoeld in artikel 21, heeft opgemaakt en door de instelling of psychiater die de betrokkene begeleidt. Artikel 8, zesde lid, eerste volzin, zevende, achtste, negende en tiende lid, is van overeenkomstige toepassing.
3. De rechter beslist binnen drie dagen te rekenen vanaf de dag na die van het indienen van het verzoekschrift door de officier van justitie. De Algemene termijnenwet is op de termijn, bedoeld in de eerste volzin, van toepassing.
4. Artikel 9, tweede, derde en vierde lid, is van overeenkomstige toepassing. Indien de betrokkene op het tijdstip waarop het verzoekschrift tot voortzetting van de inbewaringstelling werd ingediend, nog niet in een psychiatrisch ziekenhuis was opgenomen, zijn de artikelen 11 en 12, eerste lid, van overeenkomstige toepassing.
5. Tegen de beschikking op een verzoek tot het verlenen van een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling staat geen gewoon rechtsmiddel open.

Artikel 30

De machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling heeft een geldigheidsduur van drie weken na haar dagtekening, onverminderd het bepaalde in de artikelen 48 en 49.

Artikel 31

1. Met betrekking tot een persoon die ingevolge een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling als bedoeld in artikel 27, eerste lid, in een ziekenhuis verblijft, zijn de artikelen 2, 3, 4, 6, eerste, tweede en derde lid, 8 tot en met 13, 14a tot en met 14c en 16 van overeenkomstige toepassing.
2. Het verzoekschrift wordt door de officier van justitie ingediend voor het einde van de geldigheidsduur van de lopende machtiging.

§ 4. Rechterlijke machtiging op eigen verzoek

Artikel 32

1. De rechter kan op verzoek van de officier van justitie een machtiging verlenen om een persoon die gestoord is in zijn geestvermogens en die bereid is deswege in een psychiatrisch ziekenhuis een behandeling te ondergaan, in een psychiatrisch ziekenhuis op te nemen of te doen verblijven, ook indien die bereidheid tijdens de duur van de machtiging komt te ontbreken.
2. Een machtiging als bedoeld in het eerste lid kan slechts worden verleend indien naar het oordeel van de rechter
 - a. de betrokkene gevaar veroorzaakt, en

- b. het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend.
3. Een machtiging als bedoeld in het eerste lid kan, behoudens in het geval, bedoeld in het vijfde lid, slechts worden verleend indien het verzoek door de officier van justitie is gedaan op verzoek van betrokkene.
4. Een betrokkene als bedoeld in het derde lid, kan zijn een minderjarige, een persoon die onder curatele is gesteld dan wel ten behoeve van wie een mentorschap is ingesteld, indien deze tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat kan worden geacht. Zodanige persoon kan hiertoe in rechte optreden.
5. Indien betrokkene minderjarig is, onder curatele is gesteld dan wel indien ten behoeve van hem een mentorschap is ingesteld, kan het verzoek van betrokkene worden gedaan door zijn ouders die het gezag uitoefenen dan wel een van hen, zijn voogd onderscheidenlijk zijn curator of zijn mentor, doch slechts indien de betrokkene daarmee instemt.

Artikel 33

1. Het verzoek van betrokkene, bedoeld in artikel 32, derde lid, wordt schriftelijk gedaan bij de officier van justitie bij de volgens artikel 7, eerste lid, bevoegde rechtbank.
2. In het verzoek moet het psychiatrisch ziekenhuis worden genoemd, waarin opnemings of verder verblijf wordt verzocht.
3. Bij het verzoek moeten worden overgelegd
 - a. een verklaring van een psychiater, verbonden aan het in het verzoek genoemde psychiatrisch ziekenhuis, waaruit blijkt dat de persoon die de plaatsing verzoekt of met wiens instemming de plaatsing wordt verzocht, gestoord is in zijn geestvermogens en dat het geval, bedoeld in artikel 32, tweede lid, onder a en b, zich voordoet;
 - b. een door de onder a bedoelde psychiater tezamen met betrokkene opgesteld behandelingsplan.
4. De verklaring moet ten hoogste zeven dagen voor het verzoek zijn opgemaakt en door de psychiater zijn ondertekend. De verklaring is met redenen omkleed.
5. Het behandelingsplan moet ten hoogste zeven dagen voor het verzoek zijn opgemaakt en door de psychiater en de betrokkene zijn ondertekend.
6. Artikel 6, eerste lid, is van overeenkomstige toepassing.
7. Met betrekking tot de behandeling van het verzoekschrift door de rechter zijn de artikelen 8, 8a, 9, vijfde lid, en 11 tot en met 14, van overeenkomstige toepassing.

Artikel 34

1. Onverminderd het bepaalde in de artikelen 48 en 49 wordt de machtiging op eigen verzoek als bedoeld in artikel 32 gegeven voor een door de rechter te bepalen duur, welke niet langer kan zijn dan een jaar en niet korter dan een half jaar na haar dagtekening.
2. De rechter beslist zo spoedig mogelijk.
3. De artikelen 2 tot en met 19 zijn ten aanzien van degene die op grond van een machtiging als bedoeld in artikel 32 in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft van overeenkomstige toepassing na verloop van de geldigheidsduur van die machtiging.

§ 4a Zelfbinding

Artikel 34a

1. Een persoon van 16 jaar of ouder die in staat is zijn wil met betrekking tot opneming, verblijf en behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een zwakzinnigeninrichting of verpleeg-inrichting te bepalen, kan zich met een daartoe strekkende verklaring, verbinden tot opneming, verblijf en behandeling van de stoornis van zijn geestvermogens in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting, hoewel de stoornis de betrokkene geen gevaar doet veroorzaken, indien de in die verklaring omschreven omstandigheden zich voordoen.
2. Voor een opneming, verblijf en behandeling als bedoeld in het eerste lid, is een rechterlijke machtiging, hierna te noemen zelfbindingsmachtiging, vereist indien de betrokkene geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opneming, verblijf of behandeling en de in de verklaring omschreven omstandigheden zich voordoen.

Artikel 34b

1. Betrokkene zelf en een aan een psychiatrisch ziekenhuis verbonden psychiater, stellen tezamen een verklaring op waarin worden beschreven:
 - a. onder welke omstandigheden betrokkene in het psychiatrisch ziekenhuis waaraan de psychiater is verbonden, wil worden opgenomen en verblijven;
 - b. de behandeling die hij alsdan ter bestrijding van de stoornis van de geestvermogens in het ziekenhuis wil ondergaan;
 - c. de duur van de behandeling, die niet meer dan zes weken bedraagt.
2. De patiëntenvertrouwenspersoon verleent op verzoek van betrokkene advies en bijstand in aangelegenheden, samenhangend met de in het eerste lid bedoelde verklaring.

Artikel 34c

Een verklaring als bedoeld in artikel 34b kan niet worden vastgesteld dan nadat een psychiater die de betrokkene kort tevoren heeft onderzocht, maar niet bij diens behandeling betrokken was, heeft verklaard dat:

- a. betrokkene de verklaring heeft afgelegd terwijl hij in staat was de inhoud en de gevolgen daarvan te overzien;
- b. het in de verklaring voorziene verblijf en de in de verklaring voorziene behandeling de situatie van betrokkene zodanig kan verbeteren dat deze tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake van een behandeling in staat is.

Artikel 34d

1. De verklaring, bedoeld in artikel 34b, wordt schriftelijk vastgelegd, gedateerd en ondertekend door betrokkene, de psychiater bedoeld in artikel 34b en de psychiater, bedoeld in artikel 34c.
2. De verklaring wordt door de psychiater, bedoeld in artikel 34b, aan betrokkene ter hand gesteld. Een gewaarmerkt afschrift wordt door hem verstrekt aan ten minste één door betrokkene aan te wijzen persoon, aan de inspecteur, en indien betrokkene een andere behandelaar heeft aan deze behandelaar.
3. De hoofdinspecteur houdt ter bescherming van de patiënt een register bij van de verklaringen.

Artikel 34e

1. De verklaring heeft een geldigheidsduur van een jaar en kan telkens voor een zelfde periode worden verlengd.
2. De verklaring kan tussentijds worden gewijzigd of ingetrokken.
3. Op de verlenging of de wijziging zijn de artikelen 34b tot en met 34d van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat artikel 34c niet van overeenkomstige toepassing is indien het betreft een wijziging van de behandelaar, indien deze in de verklaring is vermeld en indien zowel betrokkene als de te benoemen behandelaar daarmee instemmen.
4. Op de intrekking zijn de artikelen 34c en 34d van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat artikel 34c niet van overeenkomstige toepassing is indien de psychiater, bedoeld in artikel 34b, met de intrekking instemt.

Artikel 34f

1. De rechter kan op verzoek van de officier van justitie een zelfbindingsmachtiging verlenen om een persoon die een verklaring als bedoeld in artikel 34d heeft vastgesteld in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting, te doen opnemen, te doen verblijven en te doen behandelen.
2. Een zelfbindingsmachtiging kan slechts worden verleend indien de in de verklaring omschreven omstandigheden zich naar het oordeel van de rechter voordoen en betrokkene geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opneming, verblijf of behandeling.

Artikel 34g

Tot het indienen van een verzoek gericht op het verkrijgen van een zelfbindingsmachtiging zijn bevoegd:

- a. de psychiater, bedoeld in artikel 34b, of indien betrokkene een andere behandelaar heeft, deze behandelaar;
- b. de door betrokkene aangewezen persoon of personen die een afschrift hebben gekregen van de verklaring.

Artikel 34h

1. Bij een verzoek als bedoeld in artikel 34g worden overgelegd de verklaring bedoeld in artikel 34d, de verklaring van de psychiater, bedoeld in artikel 34c en een verklaring van een psychiater die betrokkene kort tevoren heeft onderzocht, maar niet bij diens behandeling betrokken was waaruit blijkt dat de in de verklaring omschreven omstandigheden zich voordoen.
2. Artikel 4, tweede lid, en artikel 5, vierde lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 34i

1. Nadat een verzoek als bedoeld in artikel 34g is gedaan doet de officier van justitie een verzoek tot het verlenen van een zelfbindingsmachtiging, tenzij hij het verzoek kennelijk ongegrond acht.
2. Bij het verzoek worden de in artikel 34h bedoelde bescheiden, alsmede het verzoek, bedoeld in artikel 34g, eerste lid, overgelegd.

Artikel 34j

Artikel 7, eerste lid, en artikel 8 zijn ter zake van een verzoek tot het verlenen van een zelfbindingsmachtiging van overeenkomstige toepassing.

Artikel 34k

1. De rechter beslist zo spoedig mogelijk, in elk geval binnen vijf dagen na indiening van het verzoek door de officier van justitie.
2. De griffier zendt een afschrift van de beschikking inzake de zelfbindingsmachtiging aan:
 - a. de betrokkene;
 - b. de raadsman van de betrokkene;
 - c. de psychiater, bedoeld in artikel 34b, en indien de patiënt een andere behandelaar heeft, aan deze;
 - d. de door betrokkene aangewezen persoon of personen die een afschrift van de verklaring hebben gekregen;
 - e. de huisarts van de betrokkene;
 - f. de officier van justitie;
 - g. de inspecteur.

Artikel 34l

1. Artikel 9, vijfde lid, en artikel 10, eerste en tweede lid, zijn ter zake van een zelfbindingsmachtiging van overeenkomstige toepassing.
2. Bij de opneming van de betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis wordt een afschrift van de in artikel 34b bedoelde verklaring overgelegd.
3. De zelfbindingsmachtiging heeft een geldigheidsduur van ten hoogste de in de verklaring vastgelegde duur van de behandeling, onverminderd artikel 34o.
4. De zelfbindingsmachtiging vervalt indien ten aanzien van betrokkene een inbewaringstelling is gelast of een voorlopige machtiging is verleend. Voorzover de verklaring betrekking heeft op de behandeling geldt deze alsdan als een verklaring als bedoeld in artikel 34p.

Artikel 34m

1. De artikelen 11, 12 en 13 zijn ter zake van een zelfbindingsmachtiging van overeenkomstige toepassing.
2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden op de voordracht van Onze Minister, in overeenstemming met Onze Minister van Justitie, nadere voorschriften gegeven met betrekking tot het verzoekschrift bedoeld in artikel 34g en de verklaring van de psychiater bedoeld in artikel 34c.

Artikel 34n

1. Ten aanzien van een patiënt die op grond van een zelfbindingsmachtiging in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft is hoofdstuk III niet van toepassing.
2. Met betrekking tot de patiënt kan zonder diens toestemming uitsluitend de behandeling worden toegepast die is voorzien in de verklaring, bedoeld in artikel 34d.
3. De patiënt of de persoon of personen, bedoeld in artikel 34g, onder b, kunnen tegen het niet toepassen van die behandeling een schriftelijke klacht indienen bij het bestuur van het psychiatrisch ziekenhuis. Op de behandeling van de klacht is artikel 41 van overeenkomstige toepassing.
4. Van de beëindiging van de behandeling geeft de geneesheer-directeur kennis aan de inspecteur. Deze stelt na beëindiging van de behandeling een onderzoek in of de behandeling is geschied overeenkomstig de zelfbindingsverklaring.

Artikel 34o

1. *In afwijking van de artikelen 45 en 46 geeft de geneesheer-directeur aan een patiënt die op grond van een zelfbindingsmachtiging in het ziekenhuis verblijft verlof het psychiatrisch ziekenhuis te verlaten voorzover en voor zolang het verantwoord is hem buiten het ziekenhuis te laten verblijven.*
2. *In afwijking van artikel 48 verleent de geneesheer-directeur aan een patiënt die op grond van een zelfbindingsmachtiging in het ziekenhuis verblijft ontslag zodra zich één van de volgende omstandigheden voordoet:*
 - a. *de patiënt is tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake van een behandeling in staat;*
 - b. *de geldigheidsduur van de zelfbindingsmachtiging is verstreken.*
3. *De artikelen 47 en 49 zijn niet van toepassing met betrekking tot een patiënt die op grond van een zelfbindingsmachtiging in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft.*

Artikel 34p

1. *Een persoon van 16 jaar of ouder die in staat is zijn wil met betrekking tot een behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting te bepalen, kan zich met een daartoe strekkende verklaring verbinden tot behandeling van de stoornis van zijn geestvermogens in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting, indien hij zal worden opgenomen ingevolge hoofdstuk II, § 1 of § 3.*
2. *De artikelen 34b tot en met 34e zijn van overeenkomstige toepassing.*

§ 5. Schadevergoeding

Artikel 35

1. *Indien degene ten aanzien van wie door de officier van justitie een verzoek is gedaan tot het verlenen van een der machtigingen als bedoeld in dit hoofdstuk, dan wel tot het geven van een beslissing inzake ontslag als bedoeld in artikel 49, derde of tiende lid, nadeel heeft geleden doordat de rechter of de officier van justitie een der bepalingen, vervat in dit hoofdstuk of in artikel 49, niet in acht heeft genomen, kent de rechter deze op verzoek van betrokkene een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding toe ten laste van de Staat.*
2. *Het verzoek tot schadevergoeding kan worden gedaan bij een zelfstandig verzoek bij een verweerschrift als bedoeld in artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, of bij een desbetreffend verzoekschrift ter gelegenheid van het verhoor van de betrokkene dan wel bij een afzonderlijk verzoekschrift, binnen drie maanden te rekenen vanaf de dag waarop de betrokkene redelijkerwijs bekend kon zijn met de schending van het voorschrift waarop zijn verzoek betrekking heeft, of, indien in beroep in cassatie over die schending is geklaagd, binnen zes weken na de dagtekening van de beschikking van de Hoge Raad.*
3. *Indien het verzoek tot schadevergoeding wordt ingediend bij verzoekschrift ter gelegenheid van het verhoor van de betrokkene is artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering van overeenkomstige toepassing.*

Hoofdstuk III. Rechten van onvrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis verblijvende patiënten

Artikel 35a

De artikelen 38, vijfde lid, derde en vierde volzin, 39 en 40, eerste, tweede, vierde en zesde lid, zijn niet van toepassing op personen die krachtens een observatiemachtiging zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis.

Artikel 36

1. Het bestuur van een psychiatrisch ziekenhuis draagt zorg dat aan een patiënt op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden, aan de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger alsmede aan de naaste (familie) betrekkingen van de patiënt, zo spoedig mogelijk na zijn opneming schriftelijk wordt medegedeeld welke arts of andere persoon in het ziekenhuis in het bijzonder verantwoordelijk zal zijn voor zijn behandeling.
2. Met betrekking tot een patiënt op wie hoofdstuk II, §§ 2 of 4 toepassing heeft gevonden terwijl hij reeds in het psychiatrisch ziekenhuis verbleef, wordt aan het eerste lid uitvoering gegeven zo spoedig mogelijk na het verlenen van de rechterlijke machtiging.
3. Bij opneming in het ziekenhuis of op een later tijdstip kunnen aan de patiënt op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden, slechts de voorwerpen worden ontnomen die een gevaar kunnen opleveren voor zijn veiligheid of de goede gang van zaken in het ziekenhuis. De patiënt kan daartoe aan zijn kleding of aan het lichaam worden onderzocht.
4. Indien de patiënt voorwerpen als bedoeld in het vorige lid worden ontnomen, wordt hem een bewijs van ontvangst afgegeven, waarin die voorwerpen zijn omschreven. De voorwerpen worden voor de patiënt bewaard, voor zover dit niet in strijd is met enig wettelijk voorschrift.

Artikel 37

1. Het bestuur van het ziekenhuis draagt ervoor zorg dat een patiënt op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden, de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger alsmede de naaste (familie)betrekkingen van de patiënt zo spoedig mogelijk na zijn opneming in het bezit worden gesteld van een schriftelijk overzicht van de in het ziekenhuis geldende huisregels alsmede van de op grond van deze wet aan de patiënt toekomende rechten. In het overzicht, bedoeld in de vorige volzin, is opgenomen het adres waaronder het bestuur van het ziekenhuis bereikbaar is voor klachten als bedoeld in artikel 41, eerste lid. Tevens wordt de patiënt schriftelijk medegedeeld dat zijn behandelingsgegevens worden opgenomen in een voor hem aan te leggen patiëntendossier. Artikel 36, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.
2. Indien ten aanzien van een reeds in een psychiatrisch ziekenhuis verblijvende patiënt hoofdstuk II, par. 3, toepassing heeft gevonden, draagt het bestuur van het ziekenhuis ervoor zorg dat de betrokkene, de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger alsmede zijn naaste (familie)betrekkingen zo spoedig mogelijk na het geven van de last door de burgemeester onderscheidenlijk na zijn opneming in het bezit worden gesteld van een afschrift van de beschikking van de burgemeester.
3. De voor de behandeling verantwoordelijke persoon draagt zorg dat de patiënt een mondelinge toelichting terzake ontvangt.

4. Bij algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gegeven met betrekking tot het in het eerste lid bepaalde. Daartoe behoren in elk geval eisen waaraan de in dat lid bedoelde huisregels en het in dat lid bedoelde patiëntendossier ten minste moeten voldoen.

Artikel 37a

De geneesheer-directeur draagt er zorg voor dat voor een patiënt aantekening wordt gehouden van diens geestelijke en lichamelijke toestand, van de op hem toegepaste behandeling en de effecten ervan. De aantekening wordt gehouden op een zodanige manier en met zodanige regelmaat dat zij duidelijk inzicht geeft in het ziekteverloop.

Artikel 38

1. De geneesheer-directeur draagt zorg dat zo spoedig mogelijk na de opname van een patiënt op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden, door de voor de behandeling verantwoordelijke persoon, in overleg met de patiënt, een behandelingsplan wordt opgesteld. Artikel 36, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.
2. De voor de behandeling verantwoordelijke persoon pleegt voor het opstellen van het behandelingsplan overleg met de instelling of de psychiater die de patiënt voorafgaande aan zijn opname behandelde of begeleidde, alsmede met de huisarts van de patiënt. Indien de behandelende persoon beslist dat de patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de voorgestelde behandeling, pleegt hij ter zake overleg met de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt of, indien deze ontbreekt, met de persoon die daartoe door de patiënt schriftelijk is gemachtigd. Ontbreekt ook zodanige persoon of treedt deze niet op, dan wordt overleg gepleegd met de echtgenoot van de patiënt, tenzij deze dat niet wenst, dan wel, indien ook zodanige persoon ontbreekt, met een ouder, kind, broer of zus van de patiënt, tenzij deze persoon dat niet wenst, een en ander voor zover dit overleg verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener.
3. Het behandelingsplan, bedoeld in het eerste lid, is erop gericht de stoornis zo te verbeteren dat het gevaar op grond waarvan de patiënt, zonder van de bereidheid daartoe te hebben blijk gegeven, in het ziekenhuis moet verblijven, wordt weggenomen. Bij algemene maatregel van bestuur worden eisen gesteld, waaraan een behandelingsplan ten minste moet voldoen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen voorts ten aanzien van daarbij aangegeven categorieën van behandelingsmiddelen of -maatregelen regels worden gegeven met betrekking tot de wijze waarop tot toepassing daarvan moet worden besloten.
4. Indien het in het overleg, bedoeld in het eerste en tweede lid, niet mogelijk is overeenstemming te bereiken over het behandelingsplan, stelt de behandelende persoon de geneesheer-directeur hiervan in kennis.
5. Indien het overleg over het behandelingsplan niet tot overeenstemming heeft geleid kan met betrekking tot de patiënt geen behandeling worden toegepast. Evenmin kan een behandeling worden toegepast indien weliswaar het overleg over het behandelingsplan tot overeenstemming heeft geleid doch de patiënt of, in geval van toepassing van de tweede volzin van het tweede lid, de met het oog op overleg aangewezen persoon of personen zich daartegen verzetten met dien verstande dat, ook al is de desbetreffende toestemming van die persoon of die personen verkregen, de behandeling niet kan worden toegepast, indien de patiënt zich daartegen verzet. In afwijking van

de beide voorgaande volzinnen kan niettemin het voorgestelde, onderscheidenlijk het overeengekomen behandelingsplan worden toegepast voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen categorieën van behandelingsmiddelen of -maatregelen worden aangewezen, die niet mogen worden toegepast bij een behandeling als bedoeld in de derde volzin.

6. De geneesheer-directeur geeft uiterlijk bij het begin van een behandeling met toepassing van de derde volzin van het vijfde lid, daarvan kennis aan de inspecteur. Hij vermeldt daarbij ten minste welke personen verantwoordelijk zijn voor de beslissing tot een zodanige behandeling over te gaan en de redenen die aan de beslissing ten grondslag lagen. Indien de behandeling wordt toegepast terwijl de patiënt zich daartegen verzet, vermeldt de geneesheer-directeur tevens of de patiënt in staat kan worden geacht, gebruik te maken van de regeling, vervat in de artikelen 41 en 41a. Hij geeft voorts zo spoedig mogelijk na het begin van een zodanige behandeling daarvan kennis aan de in het tweede lid, tweede volzin, bedoelde personen. Van de beëindiging van een zodanige behandeling geeft hij kennis aan de inspecteur.
7. De inspecteur stelt na beëindiging van elke behandeling met toepassing van het vijfde lid, derde volzin, een onderzoek in of de beslissing tot een zodanige behandeling over te gaan, zorgvuldig is genomen en of de uitvoering van de behandeling zorgvuldig is geschied.

Artikel 38a

1. Ten aanzien van een patiënt die zich met een verklaring als bedoeld in artikel 34p heeft verbonden wordt voor in de verklaring voorziene duur in het behandelingsplan de in de verklaring voorziene behandeling opgenomen.
2. Onverminderd artikel 38, vijfde lid, derde volzin, kan met betrekking tot een patiënt die zich met een verklaring als bedoeld in artikel 34p heeft verbonden, de in de verklaring voorziene behandeling worden toegepast, ook indien de patiënt zich daartegen verzet.
3. Artikel 34n, vierde lid, is van toepassing.

Artikel 39

1. Met betrekking van een behandelingsplan met inachtneming van artikel 38, geen middelen of maatregelen worden toegepast dan ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door de patiënt in het ziekenhuis als gevolg van de stoornis van de geestvermogens worden veroorzaakt.
2. De middelen en maatregelen die kunnen worden toegepast in gevallen als bedoeld in het eerste lid, worden bij algemene maatregel van bestuur aangewezen. Daarbij worden termijnen aangegeven, gedurende welke ten hoogste de onderscheidene middelen en maatregelen met betrekking tot een bepaalde patiënt mogen worden toegepast.
3. De geneesheer-directeur geeft zo spoedig mogelijk na het begin van de toepassing van een middel of maatregel als bedoeld in de vorige leden daarvan kennis aan de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger of, ingeval deze ontbreken, de naaste (familie)betrekkingen, en in ieder geval aan de inspecteur. Van de beëindiging van een middel of maatregel geeft hij zo spoedig mogelijk kennis aan de inspecteur. De kennisgeving geschiedt op een daartoe door Onze Minister voorgeschreven formulier.

Artikel 39a

De kennisgeving van de geneesheer-directeur aan de inspecteur bedoeld in de artikelen 38, zesde lid, en 39, derde lid, geschiedt op een daartoe door Onze Minister voorgeschreven formulier.

Artikel 40

1. De poststukken, gericht aan of afkomstig van een patiënt op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden, kunnen in aanwezigheid van de patiënt worden onderworpen aan een controle op meegezonden voorwerpen.
2. Tenzij de bezoeker een advocaat of procureur is die als raadsman van de patiënt optreedt, dan wel een justitiële autoriteit, de hoofdinspecteur of de inspecteur, kunnen beperkingen in het recht op het ontvangen van bezoek overeenkomstig de daarvoor geldende huisregels worden opgelegd, doch slechts:
 - a. indien van het bezoek ernstige nadelige gevolgen moeten worden gevreesd voor de gezondheidstoestand van de patiënt, voor zover dit telkenmale uit een uitdrukkelijke verklaring van de voor zijn behandeling verantwoordelijke persoon blijkt, dan wel
 - b. indien dit ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis, zoals die in de huisregels is beschreven, of ter voorkoming van strafbare feiten noodzakelijk is.
3. Beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis overeenkomstig de daarvoor geldende huisregels kunnen, anders dan als middel of maatregel, aangegeven bij algemene maatregel van bestuur krachtens artikel 39, tweede lid, worden opgelegd:
 - a. indien naar het oordeel van de voor de behandeling verantwoordelijke persoon van de uitoefening van het recht op de bewegingsvrijheid ernstige nadelige gevolgen moeten worden gevreesd voor de gezondheidstoestand van de patiënt,
 - b. indien dit ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis, zoals die in de huisregels is beschreven, of ter voorkoming van strafbare feiten noodzakelijk is, dan wel
 - c. in geval van een patiënt ten aanzien van wie een observatiemachtiging is verleend, indien dit noodzakelijk is om het onderzoek, bedoeld in artikel 14h, tweede lid, te kunnen uitvoeren.
4. Beperkingen in het recht op vrij telefoonverkeer overeenkomstig de daarvoor geldende huisregels kunnen, tenzij het betreft verkeer met een advocaat of procureur die als raadsman van de patiënt optreedt, dan wel een justitiële autoriteit, de hoofdinspecteur of de inspecteur, worden opgelegd:
 - a. indien naar het oordeel van de voor de behandeling verantwoordelijke persoon van de uitoefening van het recht op vrij telefoonverkeer ernstige nadelige gevolgen moeten worden gevreesd voor de gezondheidstoestand van de patiënt, dan wel
 - b. indien dit ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis, zoals die in de huisregels is beschreven, of ter voorkoming van strafbare feiten noodzakelijk is.
5. Van de oplegging van beperkingen overeenkomstig het tweede, derde of vierde lid wordt onverwijld mededeling gedaan aan de geneesheer-directeur.
6. Ten aanzien van beslissingen als bedoeld in het tweede tot en met het vierde lid kan toepassing van artikel 4:8 van de Algemene wet bestuursrecht achterwege worden gelaten indien de patiënt op grond van de stoornis van zijn geestvermogens niet in staat is zijn wil te bepalen met betrekking tot de voorgenomen beslissing. In dat geval wordt zo mogelijk de in artikel 38, tweede lid, tweede volzin, bedoelde persoon gehoord.

Artikel 41

1. De patiënt, elke andere in het ziekenhuis verblijvende patiënt en ieder der in artikel 4, eerste lid, bedoelde personen kan tegen een beslissing als bedoeld in artikel 38, tweede lid, tweede volzin, en vijfde lid, derde volzin en de artikelen 39 en 40, alsmede tegen een beslissing over niet-toepassing van het overeengekomen behandelingsplan een schriftelijke klacht indienen bij het bestuur van het psychiatrisch ziekenhuis.
2. Het bestuur van een ziekenhuis belast een commissie met de behandeling van en de beslissing op klachten als bedoeld in het eerste lid. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gegeven met betrekking tot de samenstelling van de commissies en met betrekking tot de wijze waarop klachten worden behandeld.
3. Het adres waar een klacht moet worden ingediend, wordt door de zorg van de geneesheer-directeur door bevestiging van een schriftelijke mededeling dienaangaande op de daarvoor in aanmerking komende plaatsen in het ziekenhuis bekendgemaakt.
4. De commissie kan de beslissing waartegen de klacht is gericht, schorsen.
5. Een klacht kan buiten behandeling worden gelaten, indien een gelijke klacht nog in behandeling is.
6. De commissie geeft binnen twee weken na ontvangst van de klacht of, indien het betreft een klacht tegen een beslissing die ten tijde van de indiening geen gevolg meer heeft of waaraan in de tijd dat de klacht bij de commissie aanhangig is het gevolg is komen te vervallen, binnen vier weken na ontvangst van de klacht, van zijn met redenen omklede beslissing op de klacht of van het niet in behandeling nemen daarvan op grond van het bepaalde in het vijfde lid, kennis aan de klager, de betrokken patiënt, de behandelende persoon, de geneesheer-directeur en de inspecteur.
7. De beslissing van de commissie strekt tot:
 - a. onbevoegdverklaring van de commissie,
 - b. niet-ontvankelijkverklaring van de klacht,
 - c. ongegrondverklaring van de klacht, of
 - d. gegrondverklaring van de klacht.
8. Indien de commissie de klacht gegrond verklaart, vernietigt zij de bestreden beslissing geheel of gedeeltelijk. Gehele of gedeeltelijke vernietiging brengt vernietiging van de rechtsgevolgen van de beslissing of het vernietigde gedeelte van de beslissing mee.
9. Indien de commissie de klacht gegrond verklaart, kan zij de voor de behandeling verantwoordelijke persoon opdragen een nieuwe beslissing te nemen of een andere handeling te verrichten met inachtneming van haar beslissing.
10. De commissie kan de voor de behandeling verantwoordelijke persoon een termijn stellen voor het nemen van een nieuwe beslissing of het verrichten van een andere handeling.

Artikel 41a

1. Indien de commissie niet tijdig een beslissing heeft genomen of indien de beslissing van de commissie niet inhoudt dat de klacht gegrond is, kan de klager de inspecteur schriftelijk vragen om een verzoekschrift bij de rechter in te dienen ter verkrijging van de beslissing over de klacht. Bevoegd is de rechtbank van het arrondissement waarin het betrokken psychiatrisch ziekenhuis is gelegen. Artikel 7, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing. De termijn voor het indienen van een verzoek bedraagt zes weken, ingaande op de dag na die waarop de commissie uiterlijk had moeten beslissen dan wel ingaande op de dag waarop de beslissing van de commissie aan de

klager bekend is gemaakt. De klager voegt bij het verzoek een afschrift van de klacht en een afschrift van de beslissing op de klacht.

2. De inspecteur behoeft geen gevolg te geven aan het verzoek, indien hij de klacht kennelijk niet ontvankelijk acht. Van een niet-ontvankelijk-verklaring doet hij binnen twee weken na de dag waarop hij het verzoek heeft ontvangen, mededeling aan de klager, de patiënt, indien hij niet de klager is, de raadsman van de klager, de voor de behandeling verantwoordelijke persoon, de geneesheer-directeur, het bestuur en de commissie. In andere gevallen dient hij binnen twee weken na de dag waarop hij het verzoek heeft ontvangen, een verzoekschrift bij de rechter in, waarin de beslissing over de klacht wordt gevraagd.
3. Indien de klager niet de patiënt is, hoort de inspecteur de patiënt om vast te stellen of deze bedenkingen heeft tegen de indiening van een verzoekschrift ter verkrijging van de beslissing van de rechter over de klacht. De inspecteur kan slechts om gewichtige redenen besluiten om aan het verzoek gevolg te geven indien de patiënt hiertegen bedenkingen heeft.
4. De inspecteur geeft in zijn verzoekschrift met redenen omkleed blijk van zijn zienswijze. Hij voegt bij zijn verzoekschrift een afschrift van de klacht en een afschrift van de beslissing op de klacht.
5. Indien de klager de patiënt is, kan hij, onverminderd de eerste volzin van het eerste lid, in de gevallen bedoeld in die volzin, zelf een verzoekschrift bij de rechter indienen ter verkrijging van de beslissing over de klacht. Het eerste lid, tweede tot en met vijfde volzin, is van overeenkomstige toepassing.
6. Artikel 8, met uitzondering van het derde lid, is met betrekking tot de behandeling van een verzoekschrift van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de rechter in elk geval hoort de klager, de patiënt, indien deze niet de klager is en deze bereid is zich te doen horen, en de voor de behandeling verantwoordelijke persoon. De overige personen, bedoeld in artikel 8, vierde lid, worden slechts zo nodig gehoord. Indien niet blijkt dat de klager reeds een raadsman heeft, kan uitsluitend de rechter aan het bureau rechtsbijstandvoorziening last geven tot toevoeging van een raadsman.
7. De rechter kan de beslissing waartegen de klacht is gericht, schorsen.
8. Indien de rechter de klacht kennelijk ongegrond acht, kan hij zonder behandeling ter terechtzitting onmiddellijk op het verzoekschrift beschikken.
9. De rechter beslist binnen vier weken na indiening van het verzoekschrift. Tegen de beslissing van de rechter staat geen hoger beroep open.
10. De beslissing strekt tot:
 - a. onbevoegdverklaring van de rechtbank,
 - b. niet-ontvankelijkverklaring van het verzoek of de klacht,
 - c. ongegrondverklaring van de klacht, of
 - d. gegrondverklaring van de klacht.
11. Indien de rechtbank de klacht gegrond verklaart, vernietigt zij de bestreden beslissing geheel of gedeeltelijk. Gehele of gedeeltelijke vernietiging van de beslissing brengt vernietiging van de rechtsgevolgen van de beslissing of het vernietigde gedeelte van de beslissing mee.
12. Indien de rechtbank het beroep gegrond verklaart, kan zij de voor de behandeling verantwoordelijke persoon opdragen een nieuwe beslissing te nemen of een andere handeling te verrichten met inachtneming van haar uitspraak.

13. De rechtbank kan de voor de behandeling verantwoordelijke persoon een termijn stellen voor het nemen van een nieuwe beslissing of het verrichten van een andere handeling.
14. De rechtbank kan bepalen dat, indien of zolang de voor de behandeling verantwoordelijke persoon niet voldoet aan de beslissing van de rechter, de rechtspersoon die het psychiatrisch ziekenhuis in stand houdt, aan de patiënt op wie de klacht betrekking heeft een in de beslissing vast te stellen dwangsom verbeurt. De artikelen 611a tot en met 611i van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering zijn van overeenkomstige toepassing.
15. De griffier zendt zo spoedig mogelijk een afschrift van de beslissing aan de klager, de patiënt, indien hij niet de klager is, de raadsman van de klager, de voor de behandeling verantwoordelijke persoon, de geneesheer-directeur, het bestuur, de commissie en de inspecteur.

Artikel 41b

1. Indien de klager de patiënt is, kan de inspecteur of de klager bij een verzoekschrift als bedoeld in artikel 41a, eerste lid, onderscheidenlijk vijfde lid, verzoeken de klager een schadevergoeding toe te kennen ten laste van de rechtspersoon die het betrokken psychiatrisch ziekenhuis in stand houdt, op de grond dat de beslissing waartegen de klacht is gericht, onrechtmatig is. De rechter kan op dit verzoek afzonderlijk beslissen.
2. Op een verzoek als bedoeld in het eerste lid is artikel 41a, negende lid, niet van toepassing.

Artikel 42

De inspecteur, bevindend dat een patiënt die zich tegen de toepassing van een behandeling verzet, niet in staat kan worden geacht gebruik te maken van de regeling, vervat in de artikelen 41 en 41a, kan een verzoekschrift indienen ter verkrijging van de beslissing van de rechter over de beslissing ter zake van de noodzaak de behandeling waartegen de patiënt zich verzet, toe te passen. Artikel 41a, eerste lid, tweede en derde volzin, is van overeenkomstige toepassing. De inspecteur dient zo spoedig mogelijk een verzoekschrift bij de rechter in. Artikel 41a, vierde lid, eerste volzin, zesde lid, eerste en tweede volzin, negende tot en met vijftiende lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 43

1. De patiënt op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden, kan, onverminderd zijn recht om zelf een overplaatsing te bewerkstelligen, aan de geneesheer-directeur mondeling of schriftelijk overplaatsing verzoeken naar een al dan niet door hem met name genoemd ander ziekenhuis.
2. Indien de geneesheer-directeur van oordeel is dat het in het belang van de patiënt is aan het verzoek gevolg te geven, neemt hij terzake de nodige stappen.
3. Indien de geneesheer-directeur meent aan het verzoek niet te kunnen voldoen, stelt hij schriftelijk de patiënt daarvan in kennis, onder mededeling van de redenen waarom hij meent aan het verzoek geen gevolg te kunnen geven. Hij zendt een afschrift van zijn beslissing aan de inspecteur.
4. De inspecteur hoort zo nodig de patiënt. Indien de inspecteur overplaatsing gewenst voorkomt, treft hij de nodige maatregelen om opneming in een ander ziekenhuis te bewerkstelligen. De geneesheer-directeur draagt op aanwijzing van de inspecteur zorg voor overbrenging van de patiënt naar het andere ziekenhuis.

Artikel 44

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen aanvullende regels worden gegeven ter waarborging van de rechten van de personen op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden.
2. Een algemene maatregel van bestuur op grond van het eerste lid of op grond van artikel 37, vierde lid, 38, derde lid, tweede volzin, 39, tweede lid, of 41, tweede lid, wordt vastgesteld op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie.

Hoofdstuk IV. Verlof en ontslag

Artikel 45

1. Indien de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van een met toepassing van hoofdstuk II in een psychiatrisch ziekenhuis niet zijnde een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting, opgenomen patiënt zover is verminderd dat het verantwoord is hem tijdelijk in de maatschappij te doen terugkeren, geeft de geneesheer-directeur hem, voor zover dit in het belang van de patiënt gewenst is, verlof het psychiatrisch ziekenhuis niet zijnde een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting, voor een daarbij aan te geven periode te verlaten. Zo mogelijk en nodig wordt tevoren overleg gepleegd met de in artikel 4, eerste lid, bedoelde personen, met degene door wie de patiënt voorafgaande aan zijn opneming in een ziekenhuis werd verzorgd, alsmede met de instelling of psychiater, die betrokkene voorafgaande aan zijn opneming behandelde of begeleidde, en de huisarts van betrokkene.
2. Verlof voor een aaneengesloten periode van meer dan 60 uren kan per kalenderjaar ten hoogste twee maal worden gegeven en wel telkens voor ten hoogste twee weken. Indien overwogen wordt het verlof langer dan 60 uren te doen duren, wordt overleg gepleegd met de inspecteur in wiens ambtsgebied het psychiatrisch ziekenhuis is gelegen.
3. Aan het verlof kunnen voorwaarden betreffende de behandeling of het gedrag van de patiënt, voorzover dit gedrag het gevaar voortvloeiend uit de stoornis van de geestvermogens, beïnvloedt, worden verbonden. De voorwaarden mogen de vrijheid van godsdienst of levensovertuiging dan wel de staatkundige vrijheid niet beperken. De geneesheer-directeur verleent slechts verlof indien de patiënt zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarden.
4. Tot de voorwaarden, bedoeld in het derde lid, kan de opdracht behoren dat de betrokkene zich stelt onder toezicht van een daarbij aangewezen instelling of natuurlijke persoon, die hem bij de naleving van de andere voorwaarden hulp en steun verleent.
5. Onze Minister stelt een lijst samen van instellingen die aangewezen kunnen worden voor het uitoefenen van toezicht, als in het vierde lid bedoeld.
6. De geneesheer-directeur verschaft aan de patiënt bij het verlenen van verlof een schriftelijke verklaring, inhoudende dat aan hem verlof is verleend.

Artikel 46

1. De geneesheer-directeur trekt het in artikel 45 bedoelde verlof in, wanneer de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van betrokkene dit noodzakelijk maakt en wanneer het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Het verlof kan door de geneesheer-directeur worden ingetrokken wanneer de patiënt de gestelde voorwaarden niet nakomt of op verzoek van de patiënt. De geneesheer-directeur

pleegt overleg met de ingevolge artikel 45, vierde lid, aangewezen toezichhoudende instelling of persoon. De geneesheer-directeur stelt de patiënt uiterlijk vier dagen na de intrekking van het verlof schriftelijk in kennis van zijn beslissing, onder mededeling van de redenen die tot de intrekking hebben geleid.

2. Met betrekking tot het besluit van de geneesheer-directeur tot intrekking van het verlof staat voor betrokkene en voor ieder der in artikel 4, eerste lid, bedoelde personen de mogelijkheid open de officier van justitie te verzoeken de beslissing van de rechter te verzoeken overeenkomstig artikel 14e, derde en vierde lid.

Artikel 46a

De geneesheer-directeur geeft een met toepassing van hoofdstuk II in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting opgenomen patiënt verlof voor zover en voor zolang het verantwoord is hem buiten de inrichting te laten verblijven.

Artikel 47

1. Indien de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van een met toepassing van hoofdstuk II in een psychiatrisch ziekenhuis verblijvende patiënt zover is verminderd dat het verlenen van ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis onder daaraan te verbinden voorwaarden verantwoord is, verleent de geneesheer-directeur hem, voor zover dit in het belang van de patiënt gewenst is, voorwaardelijk ontslag.
2. Artikel 45, eerste lid, laatste volzin, derde lid, en vierde, vijfde en zesde lid, is van overeenkomstige toepassing. De geneesheer-directeur stelt tevoren de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger alsmede de naaste (familie) betrekkingen van de patiënt op de hoogte van het voorgenomen voorwaardelijk ontslag.
3. Met betrekking tot intrekking van het voorwaardelijk ontslag is artikel 46 van overeenkomstige toepassing.

Artikel 48

1. Tenzij voortzetting van het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis als vrijwillig patiënt gewenst is en betrokkene blijk geeft van de nodige bereidheid daartoe, verleent de geneesheer-directeur een patiënt op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden, ontslag uit het ziekenhuis zodra zich één van de volgende omstandigheden voordoet:
 - a. de betrokkene niet of niet langer in zijn geestvermogens gestoord of gevaarlijk is dan wel het gevaar door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend;
 - b. de geldigheidsduur van een der in hoofdstuk II, paragrafen 1 tot en met 4, bedoelde rechterlijke machtigingen is verstreken, tenzij voor het einde van de termijn een verzoek is gedaan tot het verlenen van een aansluitende rechterlijke machtiging; in dat geval verleent de geneesheer-directeur ontslag
 - 1°. zodra op het verzoek is beschikt en de beschikking niet strekt tot voortgezet verblijf;
 - 2°. zodra de termijn voor het geven van de beschikking is verstreken;
 - c. door de officier geen verzoek wordt gedaan of door de rechter afwijzend wordt beschikt ter zake van een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling ten aanzien van een met

toepassing van artikel 20 in het ziekenhuis verblijvend persoon dan wel - indien binnen de daarvoor gestelde termijn geen beschikking is gegeven - zodra de termijn voor het geven van de beschikking is verstreken; of

d. door de rechter ontslag na toepassing van artikel 49 wordt bevolen.

2. In afwijking van het bepaalde in het eerste lid, onder b, ten tweede, en onder c, verleent de geneesheer-directeur hangende het onderzoek van de rechter geen ontslag, indien de rechter de beschikking niet binnen de gestelde termijn heeft gegeven ten gevolge van het horen van een deskundige op verzoek van de betrokken patiënt.
3. Artikel 45, eerste lid, laatste volzin, tweede lid, laatste volzin en zesde lid, is van overeenkomstige toepassing. De geneesheer-directeur stelt tevoren de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger alsmede de naaste (familie)betrekkingen van de patiënt op de hoogte van het voorgenomen ontslag.

Artikel 49

1. Een met toepassing van hoofdstuk II, § 1 tot en met 4, in een psychiatrisch ziekenhuis verblijvende patiënt, ieder der in artikel 4, eerste lid, bedoelde personen alsmede de inspecteur en de officier van justitie, in wier ambtsgebied het psychiatrisch ziekenhuis is gelegen, kan aan de geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis het voorwaardelijk ontslag of het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis verzoeken.
2. De geneesheer-directeur beslist op het verzoek met inachtneming van artikel 47, onderscheidenlijk artikel 48. De beslissing wordt aan de inspecteur medegedeeld. Voor de toepassing van het derde en het tiende lid wordt met een afwijzende beslissing van de geneesheer-directeur gelijk gesteld het niet beslissen binnen twee weken na ontvangst van het verzoek.
3. In geval van een afwijzende beslissing kan degene die de beslissing heeft verkregen, zo deze niet is de officier van justitie, de officier van justitie verzoeken de beslissing van de rechter te verzoeken. Het verzoek aan de officier van justitie wordt schriftelijk gedaan; bij het verzoek wordt gevoegd afschrift van het oorspronkelijk verzoek alsmede van de beslissing van de geneesheer-directeur.
4. De inspecteur geeft desgevraagd of eigener beweging aan de officier van justitie schriftelijk zijn oordeel over het ontslagverzoek.
5. Onverminderd het bepaalde in het zesde lid verzoekt de officier van justitie na ontvangst van het in het derde lid bedoelde verzoek met de bijbehorende stukken zo spoedig mogelijk de beslissing van de rechter. Aan de verzoeker wordt schriftelijk medegedeeld of het in de eerste volzin bedoelde verzoek door de officier van justitie is ingesteld.
6. De officier van justitie behoeft geen gevolg te geven aan het in het derde lid bedoelde verzoek indien hij de verzoeker kennelijk niet ontvankelijk acht dan wel indien tijdens de vier maanden, voorafgaande aan het verzoek, reeds een verzoek door hem is ingediend bij de rechter en uit het nieuwe verzoek aan de officier van justitie niet blijkt van nieuwe feiten.
7. Indien het verzoek aan de officier van justitie, bedoeld in het derde lid, afkomstig is van een ander dan de betrokken patiënt, hoort de officier van justitie de patiënt. Indien de patiënt bezwaar heeft tegen het uitlokken van een rechterlijke uitspraak over zijn ontslag uit het ziekenhuis, behoeft de officier van justitie evenmin gevolg te geven aan het verzoek.

8. Een door de officier van justitie ingesteld verzoek om de beslissing van de rechter als bedoeld in het derde lid vervalt wanneer met betrekking tot dezelfde patiënt door de officier van justitie een verzoek tot het verlenen van een machtiging tot voortgezet verblijf wordt gedaan.
9. Artikel 8 is van overeenkomstige toepassing met dien verstande dat het verzoek, indien dit afkomstig is van de patiënt, wordt behandeld door de meervoudige kamer van de rechtbank. Artikel 9, eerste lid, tweede volzin, en vijfde lid, is van overeenkomstige toepassing. De griffier zendt zo spoedig mogelijk een afschrift van de beschikking aan de verzoeker, de patiënt, zo deze niet is de verzoeker, de geneesheer-directeur en aan de inspecteur.
10. Indien een beschikking tot ontslag onder voorwaarden wordt genomen, is artikel 45, eerste lid, tweede volzin, derde, vierde en vijfde lid, van overeenkomstige toepassing.
11. In geval van een afwijzende beslissing op een door de officier van justitie gedaan verzoek als bedoeld in het eerste lid, kan de officier van justitie bij de rechter een verzoek doen tot het bevelen van ontslag onder voorwaarden dan wel ontslag. Het negende en tiende lid zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 50

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur, vast te stellen op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie, kunnen nadere regels worden gegeven met betrekking tot het in dit hoofdstuk bepaalde.

Hoofdstuk V. Patiënten voor wie de Minister van Justitie medeverantwoordelijkheid draagt

Artikel 51

1. De artikelen 10, tweede lid, 15 tot en met 18, 36 tot en met 50 en 56 tot en met 58 zijn, onverminderd het bepaalde in het tweede lid, van overeenkomstige toepassing met betrekking tot personen die op grond van een uitspraak van de strafrechter als bedoeld in artikel 37, eerste lid, van het Wetboek van Strafrecht in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven.
2. Met betrekking tot degenen die op grond van deze wet in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven, zijn, indien zij tevens ter beschikking zijn gesteld met bevel tot verpleging van overheidswege, de artikelen 47, 48 en 49 niet van toepassing en wordt artikel 45 met dien verstande toegepast dat verlof door de geneesheer-directeur slechts wordt verleend in overeenstemming met Onze Minister van Justitie. Met het oog op de tenuitvoerlegging van het bevel tot verpleging van overheidswege kan de geneesheer-directeur het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis, bedoeld in dit lid en het eerste lid, na overleg met Onze Minister van Justitie, beëindigen. Het voorgaande is van overeenkomstige toepassing op degenen die op grond van deze wet en tevens met toepassing van artikel 15, vijfde lid, van de Penitentiaire beginselenwet in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven.
3. De artikelen 36 tot en met 41b, 44, 56, 57 en 58 zijn van overeenkomstige toepassing met betrekking tot personen die ter beschikking zijn gesteld met bevel tot verpleging van overheidswege en met betrekking tot personen aan wie de maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen is opgelegd, indien die verpleging dan wel de tenuitvoerlegging van die maatregel plaatsvindt in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden als bedoeld in artikel 90, quinquies, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht.

Artikel 52

Voor de uitvoering van het bij of krachtens deze wet bepaalde, voor zover van toepassing op personen ten aanzien van wie krachtens enige wettelijke bepaling Onze Minister van Justitie medeverantwoordelijkheid draagt, handelt Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie.

Hoofdstuk VI. Administratieve voorschriften

§ 1. Bescheiden voor opnemings en verblijf

Artikel 53

1. Door een psychiatrisch ziekenhuis worden personen door wie of ten aanzien van wie in de zin van hoofdstuk II geen blijk wordt gegeven van de nodige bereidheid tot opnemings of verblijf, slechts opgenomen tegen overlegging van één der in het tweede lid bedoelde bescheiden, dat op die personen betrekking heeft.
2. De in het eerste lid bedoelde bescheiden zijn:
 - a. een afschrift van een rechterlijke beschikking, houdende een machtiging als bedoeld in hoofdstuk II, § 1, 4 of 4a;
 - b. een afschrift van een beschikking van de burgemeester of de rechter als bedoeld in hoofdstuk II, § 3;
 - c. een afschrift van een beslissing van de geneesheer-directeur en een afschrift van een verklaring als bedoeld in artikel 14d, eerste lid, alsmede een afschrift van de rechterlijke beschikking, houdende een voorwaardelijke machtiging;
 - d. een uittreksel uit een uitspraak van de strafrechter als bedoeld in artikel 37, eerste lid, van het Wetboek van Strafrecht, voor zover die uitspraak betrekking heeft op de opnemings;
 - e. een uittreksel uit een rechterlijke uitspraak, waarbij met toepassing van artikel 37b of artikel 38c van het Wetboek van Strafrecht bevel wordt gegeven tot verpleging van overheidswege van een ter beschikking gestelde, voor zover die beslissing betrekking heeft op de terbeschikkingstelling en dit bevel;
 - f. een afschrift van een last tot plaatsing in een inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden als bedoeld in artikel 13 van het Wetboek van Strafrecht;
 - g. een afschrift van een tot opnemings stekkende beschikking op grond van het bij en krachtens de Penitentiaire beginselenwet bepaalde;
 - h. een uittreksel uit een rechtelijke uitspraak, waarbij met toepassing van artikel 77h van het Wetboek van Strafrecht plaatsing in een inrichting voor jeugdigen wordt bevolen, voor zover die uitspraak betrekking heeft op deze maatregel;
 - i. een afschrift van een tot opnemings voor onderzoek of observatie stekkende beschikking op grond van enige daartoe de mogelijkheid openende wettelijke bepaling.
3. In afwijking van het bepaalde in het eerste lid ten aanzien van een persoon door wie niet blijk wordt gegeven van de nodige bereidheid, is bij opnemings en verblijf van een persoon in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting overlegging van de bescheiden, bedoeld in het tweede lid, vereist, indien door die persoon blijk wordt gegeven van verzet tegen opnemings en verblijf.

Artikel 54

1. Indien door of ten aanzien van een in een ziekenhuis, al dan niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis, op grond van één der in artikel 53, tweede lid, bedoelde beslissingen opgenomen persoon na verloop van de geldigheidsduur daarvan in de zin van hoofdstuk II geen blijk wordt gegeven van de bereidheid tot voortzetting van het verblijf, dan wel indien door of ten aanzien van een niet op grond van één der bedoelde beslissingen opgenomen persoon in de zin van hoofdstuk II blijk wordt gegeven van de wil tot beëindiging van het verblijf, wordt het verblijf door het ziekenhuis slechts voortgezet tegen overlegging van één der in het tweede lid bedoelde bescheiden, dat op die persoon betrekking heeft. In afwijking van het bepaalde in de voorgaande volzin betreffende het blijk geven van de bereidheid door de opgenomen persoon, dient in het geval dat een machtiging is verleend op grond van artikel 3, na verloop van de geldigheidsduur van die machtiging aan de in de eerste volzin gestelde voorwaarde te worden voldaan, indien door de opgenomen persoon blijk wordt gegeven aan verzet tegen voortzetting van het verblijf.
2. De in het eerste lid bedoelde bescheiden zijn:
 - a. een afschrift van een rechterlijke beschikking, houdende een machtiging als bedoeld in hoofdstuk II, paragrafen 1, 2, 3 of 4;
 - b. een mededeling van de officier van justitie ingevolge artikel 16, derde lid, juncto artikel 6, derde lid, dat door hem een verzoek is gedaan tot het verkrijgen van een machtiging tot voortgezet verblijf;
 - c. een afschrift van een beschikking van de strafrechter tot verlenging van de terbeschikkingstelling op grond van artikel 38d van het Wetboek van Strafrecht;
 - d. een afschrift van een tot verlenging van het verblijf strekkende beslissing op grond van enige daartoe de mogelijkheid opende wettelijke bepaling.

Artikel 55

1. Bij overplaatsing naar een ander ziekenhuis, al dan niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis, geschiedt de opname daarin onder overlegging van een afschrift van een beslissing als bedoeld in de artikelen 53 en 54, op dat tijdstip van kracht voor de betrokken patiënt.
2. De geneesheer-directeur van het ziekenhuis, al dan niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis, waarin de patiënt na overplaatsing is opgenomen, geeft van de overplaatsing zo spoedig mogelijk kennis aan de griffier van de rechtbank of het gerechtshof dan wel aan de burgemeester die de in het eerste lid bedoelde beslissing heeft genomen.
3. De griffier geeft van de overplaatsing van de patiënt - onder vermelding van het ziekenhuis waar betrokkene is opgenomen - kennis aan de personen en instellingen, die op grond van de artikelen 9, tweede lid, onder e, en 12, eerste en tweede lid, door hem zijn in kennis gesteld van de in het eerste lid bedoelde beslissing, alsmede aan de inspecteur en aan de officier van justitie, in wier ambtsgebied het ziekenhuis is gelegen, indien de overplaatsing geschiedde naar een ziekenhuis in een ander ambtsgebied.
4. De burgemeester die de in het eerste lid bedoelde beslissing heeft genomen, geeft van de overplaatsing van de patiënt - onder vermelding van het ziekenhuis waar betrokkene is opgenomen - kennis aan de personen die door hem op grond van de artikelen 25 en 26 zijn in kennis gesteld van de in het eerste lid bedoelde beslissing of van een andere overplaatsing, alsmede aan de inspecteur

en de officier van justitie, in wier ambtsgebied het ziekenhuis is gelegen, indien de overplaatsing geschiedde naar een ziekenhuis in een ander ambtsgebied.

5. Het tweede, derde en vierde lid zijn niet van toepassing met betrekking tot patiënten die zijn opgenomen onder overlegging van een afschrift van een beslissing als bedoeld in artikel 53, tweede lid, onder d, e, f en g, of artikel 54, tweede lid, onder c.

§ 2. Vastlegging van gegevens

Artikel 56

1. De geneesheer-directeur draagt zorg dat in het patiëntendossier van een persoon die met toepassing van hoofdstuk II §§ 1 tot en met 4 in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, aantekening wordt gehouden van:
 - a. het op grond van artikel 38 opgestelde behandelingsplan;
 - b. de voortgang per maand in de uitvoering van dit plan;
 - c. de medewerking van betrokkene aan de uitvoering van dit plan;
 - d. indien over een behandelingsplan geen overeenstemming is bereikt, de reden daarvoor alsmede het daartoe door de voor de behandeling verantwoordelijke persoon gedane voorstel of de daartoe gedane voorstellen;
 - e. indien artikel 38, vijfde lid, derde volzin, toepassing heeft gevonden, de behandeling die is toegepast, en de redenen die hiertoe hebben geleid;
 - f. de toepassing van artikel 39 ten aanzien van betrokkene en de redenen die hiertoe hebben geleid.
2. De geneesheer-directeur draagt voorts zorg dat in het patiëntendossier aantekening wordt gehouden van:
 - a. andere beslissingen als bedoeld in de hoofdstukken III en IV en de gronden waarop deze beslissingen zijn genomen;
 - b. de ontvangen afschriften van rechterlijke beslissingen en uittreksels daaruit alsmede de afschriften van beschikkingen van de burgemeester als bedoeld in hoofdstuk II, § 3;
 - c. ontvangen of afgegeven geneeskundige verklaringen als bedoeld in de artikelen 5, eerste lid, 16, eerste lid, 20, zevende lid, en 33, derde lid.
3. De in het tweede lid, onder b, bedoelde afschriften en uittreksels, alsmede afschriften van de in het tweede lid, onder c, bedoelde verklaringen worden bij het desbetreffende patiëntendossier bewaard gedurende ten minste vijf jaren na de dagtekening van de beschikking, doch ten hoogste tot na verloop van vijf jaren na het einde van het verblijf van de betrokkene in het ziekenhuis, en vervolgens vernietigd. Bij het desbetreffende patiëntendossier wordt voorts een afschrift bewaard van het bewijs van ontvangst dat aan de patiënt overeenkomstig artikel 20, zesde lid, 36, vierde lid en 66, vierde lid, is afgegeven.
4. Bij algemene maatregel van bestuur worden in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer regels gegeven met betrekking tot de termijn gedurende welke de in het dossier opgenomen gegevens worden bewaard en met betrekking tot de overdracht van het dossier aan derden.
5. Het bijhouden van het patiëntendossier geschiedt met het oog op de kwaliteit van de individuele hulpverlening en op de rechtspositie van de patiënt en zijn vertegenwoordigers.

Artikel 56a

1. De geneesheer-directeur draagt zorg dat in het patiëntendossier van een persoon die met toepassing van hoofdstuk II, paragraaf 4a, in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft aantekening wordt gehouden van:
 - a. de in de verklaring, bedoeld in artikel 34a, voorziene behandeling;
 - b. de voortgang per maand in de uitvoering van de behandeling;
 - c. de medewerking van de betrokkene aan de uitvoering van de behandeling.
2. Artikel 56, vierde lid, is van toepassing.
3. Het eerste en tweede lid zijn van overeenkomstige toepassing op een patiënt die een verklaring als bedoeld in artikel 34p heeft afgelegd, voorzover het gaat om de uitvoering van de in die verklaring voorziene behandeling.

Artikel 57

De geneesheer-directeur draagt, met het oog op het in het kader van deze wet uit te oefenen toezicht, zorg dat van elke toepassing van een middel of maatregel, aangewezen krachtens artikel 39, tweede lid, en van de redenen die daartoe hebben geleid, aantekening wordt gehouden in een register, ingericht naar een door Onze Minister vast te stellen model.

§ 3. Verstrekken van gegevens aan de inspecteur en officier van justitie

Artikel 58

1. De geneesheer-directeur doet eens per maand, met het oog op zijn bevoegdheden in het kader van deze wet aan de inspecteur en aan de officier van justitie, in wier ambtsgebied het ziekenhuis is gelegen, opgave van de namen der patiënten,
 - die zijn opgenomen, onder mededeling van de daarbij overgelegde bescheiden, als bedoeld in artikel 53;
 - aan wie verlof voor langer dan 60 uren of voorwaardelijk ontslag is verleend op grond van de artikelen 45 of 47, eerste lid, onder mededeling van de daaraan verbonden voorschriften onderscheidenlijk voorwaarden dan wel voor langer dan 60 uur verlof is verleend op grond van artikel 34o, eerste lid;;
 - wier verlof of voorwaardelijk ontslag is ingetrokken op grond van artikel 46 of 47, derde lid;
 - aan wie ontslag is verleend op grond van artikel 34o, tweede lid, of artikel 48;
 - die zijn gestorven, onder mededeling van de doodsoorzaak.
2. De geneesheer-directeur zendt voorts eens per maand aan de inspecteur, in wiens ambtsgebied het ziekenhuis is gelegen, een afschrift van de in het register, bedoeld in artikel 57, in de voorafgaande maand ingeschreven middelen en maatregelen.
3. De geneesheer-directeur zendt tevens eens per maand met betrekking tot met toepassing van § 3 van hoofdstuk II opgenomen patiënten wier inbewaringstelling in de desbetreffende maand is beëindigd, aan de inspecteur een kort verslag, houdende de bevindingen van de behandelende persoon gedurende de periode van de inbewaringstelling.
4. Indien een met toepassing van hoofdstuk II opgenomen patiënt of een patiënt als bedoeld in artikel 51 afwezig is zonder dat hem verlof of voorwaardelijk ontslag is verleend, wordt daarvan onverwijld mededeling gedaan aan de inspecteur en de officier van justitie. De officier van justitie verleent zo

nodig medewerking in het belang van een zo spoedig mogelijk terugbrengen van de patiënt naar het psychiatrisch ziekenhuis. Van de terugkeer van een patiënt na ongeoorloofde afwezigheid wordt eveneens onverwijld mededeling gedaan aan de inspecteur en de officier van justitie.

5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur, vast te stellen op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie, kunnen nadere voorschriften worden gegeven ten aanzien van het in het eerste en vierde lid bepaalde.

Artikel 58a

De behandelaar doet aan de inspecteur en aan de officier van justitie in wier ambtsgebied de woonplaats van de betrokkene is gelegen, zo spoedig mogelijk mededeling van de naam van degene aan wie hij een verklaring als bedoeld in artikel 14g, eerste lid, heeft verschaft.

Artikel 58b [Vervallen per 17-01-1994]

Artikel 58c [Vervallen per 17-01-1994]

Hoofdstuk VII. De taak van de patiëntenvertrouwenspersoon

Artikel 59

1. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gegeven met betrekking tot de taak en de bevoegdheden van de patiëntenvertrouwenspersoon.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat het bestuur van een psychiatrisch ziekenhuis, behorende tot een bij de maatregel aan te wijzen categorie, ervoor zorg draagt dat een patiënt kan worden bijgestaan door een patiëntenvertrouwenspersoon.
3. Een algemene maatregel van bestuur op grond van het eerste of tweede lid wordt vastgesteld op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie.

Hoofdstuk VIII. Opneming in zwakzinnigeninrichtingen en verpleeginrichtingen zonder rechterlijke tussenkomst

Artikel 60

1. Opneming en verblijf in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting van een persoon die twaalf jaar of ouder is en geen blijk geeft van de nodige bereidheid ter zake, vindt in de gevallen dat niet ingevolge artikel 2, derde lid, onder b of c, dan wel ingevolge artikel 3 een machtiging is vereist, uitsluitend plaats, indien een commissie als bedoeld in het derde lid, die opneming noodzakelijk oordeelt.
2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld betreffende de behandeling van een aanvraag voor opneming en verblijf in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting in de gevallen dat ingevolge het eerste lid een commissie oordeelt over de noodzaak van die opneming en dat verblijf.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden niet aan een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting gebonden commissies ingesteld of aangewezen die met betrekking tot een

aanvraag als bedoeld in het tweede lid, oordelen over de noodzaak van opneming en verblijf in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting.

4. De in het derde lid bedoelde noodzaak is aanwezig, indien de betrokkene zich ten gevolge van de stoornis van de geestvermogens niet buiten de inrichting kan handhaven.
5. Voorafgaand aan de behandeling van de aanvraag, bedoeld in het tweede lid, wordt de betrokkene mondeling en schriftelijk medegedeeld dat hij zich kan verzetten tegen opneming en verblijf in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting.

Artikel 61

1. De artikelen 36 tot en met 39, 40, derde en vijfde lid, 41 tot en met 44, 46a 56 en 57 zijn van overeenkomstige toepassing met betrekking tot een persoon die met toepassing van artikel 60 in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting is opgenomen.
2. Indien een persoon op wie artikel 60 toepassing heeft gevonden, ervan blijkt geeft het verblijf in de inrichting te willen beëindigen, is artikel 2, vierde lid, van toepassing.

Artikel 62

Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gegeven die betrekking hebben op administratieve voorschriften betreffende opneming en verblijf in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting met toepassing van artikel 60, vastlegging van gegevens van personen op wie artikel 60 is toegepast, in het patiëntendossier en verstrekking van gegevens van die personen aan de inspecteur.

Hoofdstuk IX. De taak van het Staatstoezicht op de geestelijke volksgezondheid

Artikel 63

1. Onverminderd het bepaalde in artikel 64 alsmede de hun bij of krachtens andere wettelijke bepalingen opgedragen taken hebben de hoofdinspecteur en de inspecteurs tot taak te waken voor de op het terrein van de volksgezondheid betrekking hebbende belangen van alle personen wier geestvermogens zijn gestoord. Zij zien deswege toe op een verantwoorde behandeling, verpleging, verzorging en bejegening van deze personen.
2. De hoofdinspecteur en inspecteurs beschikken over de bevoegdheden, genoemd in de artikelen 5:15 tot en met 5:17 van de Algemene wet bestuursrecht voor zover dit redelijkerwijs voor de vervulling van hun in het eerste lid bedoelde taak noodzakelijk is. Zij zijn daarbij tevens bevoegd, met medeneming van de benodigde apparatuur, een woning binnen te treden zonder toestemming van de bewoner.
3. Het bestuur van een ziekenhuis, al dan niet een psychiatrisch ziekenhuis zijnde, de daaraan verbonden geneeskundigen alsmede alle anderen die een persoon die gestoord is in zijn geestvermogens, behandelen, verplegen of verzorgen, geven aan de genoemde ambtenaren alle door hen verlangde inlichtingen, voor zover dit redelijkerwijs voor de vervulling van hun in het eerste lid bedoelde taak nodig is.

4. Het bestuur van een ziekenhuis, al dan niet een psychiatrisch ziekenhuis zijnde, alsmede het bestuur van elke organisatie waardoor personen die gestoord zijn in hun geestvermogens worden gehuisvest, onderzocht of behandeld, verlenen aan de genoemde ambtenaren inzage van de patiëntendossiers.
5. Het bestuur van een ziekenhuis of organisatie als bedoeld in het vierde lid, stelt de genoemde ambtenaren in de gelegenheid met de personen die gestoord zijn in hun geestvermogens te spreken, al dan niet op verzoek van die personen.
6. Bevindende dat zich met betrekking tot een zich in de maatschappij bevindende persoon wiens geestvermogens zijn gestoord, een geval voordoet als bedoeld in artikel 2, geven de genoemde ambtenaren daarvan kennis aan de officier van justitie. Artikel 6, eerste lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 64

1. Een inspecteur bevindende dat een patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting, verblijft, terwijl niet is gebleken van de nodige bereidheid tot het verblijf in het ziekenhuis, en bij de patiëntenadministratie geen afschrift aanwezig is van een van de in de artikelen 53 en 54 bedoelde bescheiden, voor deze patiënt op dat tijdstip van kracht, nodigt de geneesheer-directeur uit hem mee te delen op grond van welke bescheiden deze patiënt in het psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen.
2. Het eerste lid is van overeenkomstige toepassing indien de inspecteur bevindt dat in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting personen verblijven die blijk geven van verzet tegen dat verblijf, terwijl bij de patiëntenadministratie geen afschrift aanwezig is van een van de in de artikelen 53 en 54 bedoelde bescheiden.
3. De inspecteur geeft zo nodig de officier in wiens ambtsgebied het psychiatrisch ziekenhuis is gelegen, zo spoedig mogelijk kennis van de door de geneesheer-directeur verstrekte mededeling.

Artikel 65

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur, vast te stellen op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie, kunnen nadere voorschriften worden gegeven met betrekking tot de uitoefening van de taak van de inspecteurs.

Artikel 65a

1. Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet zijn belast de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.
2. De in het eerste lid bedoelde ambtenaren beschikken niet over de bevoegdheden, genoemd in de artikelen 5:18 en 5:19 van de Algemene wet bestuursrecht.

Hoofdstuk X. De taak van het openbaar ministerie

Artikel 66

1. Het openbaar ministerie is belast met de tenuitvoerlegging van de krachtens deze wet gegeven rechterlijke beschikkingen op verzoeken, gedaan naar aanleiding van een daartoe ontvangen verzoek als bedoeld in hoofdstuk II, §§ 1, 2 en 4a, dan wel zonder daaraan voorafgaand verzoek. Het

openbaar ministerie is voor zover nodig voorts belast met de tenuitvoerlegging van de rechterlijke beschikkingen op verzoeken, gedaan op een verzoek als bedoeld in artikel 32 en van de beslissingen, genomen krachtens artikel 14d, eerste lid.

2. Het openbaar ministerie doet de in het eerste lid bedoelde taak uitvoeren door ambtenaren, aangesteld voor de uitvoering van de politietaak, die zich voorzien van de bijstand van een of meer personen met kennis van de zorg voor personen die gestoord zijn in hun geestvermogens. De bedoelde ambtenaren kunnen daartoe elke plaats betreden waar de op te nemen persoon zich bevindt, voor zover dat redelijkerwijs voor de vervulling van hun taak nodig is.
3. De ambtenaren, bedoeld in het tweede lid, kunnen aan de betrokkene voorwerpen ontnemen, die een gevaar voor de veiligheid van betrokkene of van anderen kunnen opleveren. Zij zijn bevoegd hem daartoe aan de kleding of aan het lichaam te onderzoeken.
4. Zo mogelijk worden de overeenkomstig het derde lid ontnomen voorwerpen met de betrokkene overgebracht naar het psychiatrisch ziekenhuis waarin hij wordt opgenomen. In het ziekenhuis wordt de patiënt een bewijs van ontvangst afgegeven, waarin die voorwerpen zijn omschreven. De voorwerpen worden voor de patiënt bewaard, voor zover dit niet in strijd is met enig wettelijk voorschrift.

Artikel 67

1. De officieren van justitie bezoeken op onbepaalde tijden de bij gezamenlijk besluit van Onze Minister van Justitie en Onze Minister aangewezen psychiatrische ziekenhuizen in hun ambtsgebied om zich ervan te verzekeren dat niemand daarin wederrechtelijk wordt opgenomen of verblijft. Zij besteden daarbij ook aandacht aan de juiste uitvoering van artikel 36, derde en vierde lid, en artikel 40, van het bepaalde krachtens artikel 44 en van de hoofdstukken IV en VI, § 1. Het derde tot en met vijfde lid van artikel 63, voor zover betrekking hebbend op psychiatrische ziekenhuizen, en artikel 64, eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.
2. Bij het in het eerste lid bedoelde besluit wordt de frequentie van de bezoeken van de officieren van justitie bepaald.

Artikel 68

De officieren van justitie leggen hun bevindingen tijdens de bezoeken, bedoeld in artikel 67, eerste lid, vast in een jaarlijks verslag. Zij zenden deze verslagen aan Onze Minister van Justitie aan Onze Minister.

Hoofdstuk XI. Strafbepalingen

Artikel 69

1. Met gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de derde categorie wordt gestraft hij, die opzettelijk iemand wederrechtelijk van de vrijheid berooft of beroofd houdt door deze persoon, zonder dat gebleken is van de nodige bereidheid daartoe, in een psychiatrisch ziekenhuis of ziekenhuis, niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis, te doen opnemen, op te nemen of diens verblijf aldaar te doen voortduren, terwijl hij weet dat de daarvoor benodigde bescheiden, als bedoeld in de artikelen 53 en 54, niet zijn overgelegd of aanwezig zijn.
2. In afwijking van het bepaalde in het eerste lid wordt als opzettelijk iemand wederrechtelijk van zijn vrijheid beroven, aangemerkt het in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting doen opnemen

- of opnemen, hoewel de betrokkene blijk heeft gegeven van verzet daartegen, terwijl de in het eerste lid bedoelde bescheiden niet zijn overgelegd of aanwezig zijn.
3. Met gevangenisstraf van ten hoogste twee jaren of geldboete van de derde categorie wordt gestraft hij, die opzettelijk in strijd met het bepaalde bij of krachtens artikel 34n, tweede lid, of artikel 38a, eerste lid, 38, vijfde lid, of 39, eerste en tweede lid, middelen of maatregelen toepast met betrekking tot een patiënt op wie hoofdstuk II dan wel artikel 60 toepassing heeft gevonden, of die op grond van een uitspraak van de strafrechter als bedoeld in artikel 37, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft.
 4. De in dit artikel strafbaar gestelde feiten zijn misdrijven.

Artikel 70

1. Met geldboete van de tweede categorie wordt gestraft hij, die
 - in strijd handelt met het bepaalde bij of krachtens artikel 3;
 - niet voldoet aan een ingevolge artikel 10, tweede lid, opgelegde verplichting;
 - geen gevolg geeft aan een beschikking van de rechter, houdende een bevel tot het verschaffen van een verklaring als bedoeld in artikel 14g, eerste lid;
 - niet voldoet aan een ingevolge artikel 24 opgelegde verplichting;
 - in strijd handelt met het bepaalde bij of krachtens artikel 37, 38, eerste of tweede lid, derde lid, vierde volzin, of zesde lid, 39, derde lid, 57, eerste lid, of 63, derde, vierde of vijfde lid;
 - in strijd handelt met het bepaalde krachtens artikel 44, eerste lid of 56, vierde lid, voor zover zulks in de algemene maatregel van bestuur krachtens die artikelleden wordt bepaald;
 - voorwaarden aan verlof of voorwaardelijk ontslag verbindt in strijd met het bepaalde bij of krachtens artikel 45, derde lid, en artikel 47, tweede lid, juncto artikel 45, derde lid;
 - geen gevolg geeft aan een opdracht als bedoeld in artikel 41, negende lid, en artikel 41a, twaalfde lid, of een beschikking van de rechter, houdende een beslissing als bedoeld in 46, tweede lid, 47, derde lid, of 49, derde of tiende lid.
2. De in dit artikel strafbaar gestelde feiten zijn overtredingen.

Hoofdstuk XII. Slot- en overgangsbepalingen

Artikel 71

Onze Minister zendt in overeenstemming met Onze Minister van Justitie binnen drie jaar na het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip, en vervolgens telkens om de vijf jaar, aan de Staten-Generaal een verslag over de wijze waarop de wet is toegepast.

Artikel 71a [Vervallen per 17-01-1994]

Artikel 72

De voordracht voor een krachtens artikel 14, 23, 34m, tweede lid, 37, 38, 39, 41, 44, 50, 58, 60 of 62 vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet gedaan dan nadat het ontwerp in de Staatscourant is bekend gemaakt en aan een ieder de gelegenheid is geboden om binnen vier weken na de dag waarop de bekendmaking is geschied, wensen en bedenkingen ter kennis van Onze Minister te brengen. Gelijktijdig met de bekendmaking wordt het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal overgelegd.

Artikel 72a

Ingeval ingevolge het bij deze wet bepaalde de inspecteur een verzoekschrift indient, of een verzoekschrift als bedoeld in artikel 28, 35 of 41a, vijfde lid, wordt ingediend, dan wel een van de daartoe bevoegde personen beroep instelt, behoeft de indiening van het verzoekschrift niet bij procureur te geschieden.

Artikel 73

1. De artikelen 32-35 van de wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen worden ingetrokken op het in artikel 80, eerste lid, vermelde tijdstip.
2. De overige bepalingen van de wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen worden ingetrokken op het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip.

Artikel 74

1. Machtigingen, verleend op grond van artikel 17, 23 of 24 van de wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, en machtigingen, verleend op grond van de artikelen 387 en 388 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, waarvan de geldigheidsduur nog niet is verstreken op het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip, worden voor de toepassing van deze wet aangemerkt als machtiging tot voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 15 van deze wet. Zij blijven tot het eind van hun geldigheidsduur, doch in elk geval gedurende negen weken na het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip van kracht.
2. Inbewaringstellingen als bedoeld in artikel 35b van de wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, die op grond van een beslissing van de rechter krachtens artikel 35i, eerste lid, van die wet zijn voortgezet, en waarvan de geldigheidsduur nog niet is verstreken op het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip, worden voor de toepassing van deze wet aangemerkt als machtigingen tot voortzetting van de inbewaringstelling als bedoeld in hoofdstuk II, paragraaf 3. Zij blijven tot het eind van hun geldigheidsduur, doch in elk geval gedurende twee weken na het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip van kracht.
3. Inbewaringstellingen als bedoeld in artikel 35b van de wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, naar aanleiding waarvan op het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip nog geen vordering als bedoeld in artikel 35i van die wet is ingesteld, worden aangemerkt als een last tot inbewaringstelling. De artikelen 25 en 26 zijn van toepassing met dien verstande dat de berichtgeving door de burgemeester - voor zover zij niet reeds voor bovenbedoeld tijdstip is geschied - in elk geval plaatsvindt binnen de aangegeven termijnen na dit tijdstip. Artikel 27 is van toepassing met dien verstande dat - indien de berichtgeving van de burgemeester voor bovenbedoeld tijdstip is geschied - het verzoek van de officier, bedoeld in het eerste lid van artikel 27 in elk geval wordt gedaan binnen de aangegeven termijn na dit tijdstip.
4. De behandeling van verzoekschriften en requisitoiren tot het verkrijgen van een machtiging op grond van artikel 17 van de wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, en van vorderingen van officieren van justitie, ingesteld op grond van artikel 35i van die wet, waarop nog niet is beslist op het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip, wordt met toepassing van de genoemde wet voortgezet, met dien verstande dat de rechter

- op vorderingen op grond van artikel 17 van die wet beschikt als ware de vordering ingesteld met toepassing van hoofdstuk II, § 1, van deze wet, en
 - op vorderingen op grond van artikel 35i van die wet beschikt als ware de vordering een verzoek in de zin van artikel 27, eerste lid, van deze wet.
5. De behandeling van verzoekschriften en requisitoiren tot het verkrijgen van een machtiging op grond van artikel 23 of 24 van de wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, dan wel van een machtiging of een verlenging daarvan op grond van de artikelen 387 en 388 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, waarop nog niet is beslist op het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip, wordt niet voortgezet.
 6. Omtrent de patiënten, ten aanzien van wie ingevolge het eerste en tweede lid machtigingen en inbewaringstellingen van kracht blijven, worden aan de inspecteur en de officier van justitie de door Onze Minister te bepalen gegevens verstrekt binnen een daarbij door Onze Minister te stellen termijn.

Artikel 75

1. De bevoegdheid van de provisionele bewindvoerder, benoemd met toepassing van artikel 33 van de wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, eindigt na verloop van zes maanden na het in artikel 80, eerste lid, vermelde tijdstip, tenzij
 - a. binnen die termijn een beschikking waarbij met betrekking tot de patiënt een curatele is uitgesproken, een bewind als bedoeld in titel 19 of een mentorschap als bedoeld in titel 20 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek is ingesteld, onherroepelijk is geworden;
 - b. binnen die termijn aan de patiënt ontslag wordt verleend uit het psychiatrisch ziekenhuis;
 - c. een verzoek of vordering tot ondercuratelestelling, tot onderbewindstelling als bedoeld in titel 19, of tot instelling van een mentorschap als bedoeld in titel 20 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek is gedaan en daarop binnen die termijn niet onherroepelijk is beslist.
2. In de gevallen, bedoeld in het eerste lid, onder a en b, eindigt de bevoegdheid op de daar bedoelde tijdstippen.
3. In het geval, bedoeld in het eerste lid, onder c, eindigt de bevoegdheid op het tijdstip van het onherroepelijk worden van de op dat verzoek of op die vordering gegeven beschikking.
4. Met betrekking tot het uit artikel 32 van de wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, voortvloeiende verlies van het beheer van de eigen goederen is het in de voorgaande leden bepaalde van overeenkomstige toepassing.
5. De patiënt die op grond van artikel 32 van de wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, het beheer over de goederen van anderen heeft verloren, herkrijgt dit beheer niet door de inwerkingtreding van artikel 73, eerste lid, van deze wet.

Artikel 76 [Vervallen per 13-08-1996]

Artikel 77 [Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 78 [Vervallen per 01-01-2002]

Artikel 79

Deze wet kan worden aangehaald als Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

Artikel 80

1. De artikelen 73, eerste lid, en 75 treden in werking met ingang van de eerste dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin deze wet wordt geplaatst.
2. De overige artikelen van de wet treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden gesteld.

Lasten en bevelen, dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst, en dat alle ministeriële departementen, autoriteiten, colleges en ambtenaren, wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te 's-Gravenhage, 29 oktober 1992

Beatrix

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,

H. J. Simons

De Minister van Justitie,

E. M. H. Hirsch Ballin

Uitgegeven de dertigste december 1992

De Minister van Justitie

E. M. H. Hirsch Ballin

Bijlage 5: Lijst met gebruikte afkortingen

Awb	Algemene wet bestuursrecht
ACT	Assertive Community Treatment
Bopzis	Bopz informatiesysteem
Bjj	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
<i>BJ</i>	Bopz Jurisprudentie
Bvt	Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden
BW	Burgerlijk Wetboek
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
EVRM	Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden
FACT	Functie ACT
FOBA	Forensische Observatie- en Begeleidings Afdeling
FPA	Forensisch psychiatrische afdeling
FPK	Forensisch psychiatrische kliniek
gbgb	geen bereidheid-geen bezwaar
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HR	Hoge Raad
lbs	Inbewaringstelling
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JJI	Justitiële Jeugdinrichting
KIB	Kliniek voor Intensieve Behandeling
KJP	Kinder- en Jeugdpsychiatrie
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
OM	Openbaar Ministerie
PIJ	Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen
Pbw	Penitentiaire beginselenwet
pvp	patiëntenvertrouwenspersoon
RvE	Raad van Europa
Sr.	Wetboek van Strafrecht
Stb.	Staatsblad
Wet Big	Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet Bopz	Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
Wgbo	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
ZonMw	Zorgonderzoek Nederland

Uitgave:

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Postadres:

Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Telefoon (070) 340 79 11

Informatie:

Voor informatie en vragen
over bestellingen kunt u
terecht bij de medewerkers
van Postbus 51.

Zij zijn op werkdagen
bereikbaar van 9.00 tot
21.00 uur onder telefoon-
nummer 0800-8051 (gratis).

Internetadres:

www.minvws.nl

April 2007