

Vergaderjaar 1997–1998

25 763

Evaluatie Wet Bopz

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 27 november 1997

Hierbij bied ik u aan, mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Minister van Justitie, het kabinetsstandpunt op de evaluatie van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).

Deze wet is op 17 januari 1994 in werking getreden en ziet op onvrijwillige opnemingen in de psychiatrie, psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. In artikel 71 van de Wet Bopz is bepaald dat de wet binnen drie jaar na inwerkingtreding, en vervolgens om de vijf jaar, dient te worden geëvalueerd. Teneinde aan deze wettelijke verplichting te voldoen, is eind 1994 een commissie van advies ten behoeve van deze eerste evaluatie ingesteld. Deze commissie bracht in november 1996 haar rapport uit, getiteld «Wet BOPZ evaluatierapport, tussen invoering en praktijk». In dit rapport, waaraan tien deelrapporten ten grondslag liggen, formuleert de commissie 43 aanbevelingen. Een aantal daarvan betreft de wet zelf en is derhalve gericht tot de wetgever.

Andere aanbevelingen betreffen de uitvoering van de wet en richten zich tot de organisaties en personen die bij deze uitvoering zijn betrokken. In het kabinetsstandpunt is tevens het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, getiteld «Beter (z)onder dwang?», in aanmerking genomen.

Dit advies handelt over een in het kader van de evaluatie van de Wet Bopz zeer relevant onderwerp: de mogelijkheden en beperkingen van de toepassing van dwang en drang bij personen met een geestesstoornis.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

INHOUD		Blz.
	Inleiding	3
1	Enkele algemene beschouwingen	4
2	Functioneren van de externe rechtspositieregeling	13
	2.1 Beoordelingscriteria algemeen	13
	2.2 Het gevaarscriterium	14
	2.3 Het bereidheidscriterium	17
	2.4 Het ultimatum remedium criterium	22
	2.5 Rechterlijke machtiging en inbewaringstelling	23
	2.6 Het proces van indicatiestelling	28
	2.7 Verlof en ontslag	33
3	Functioneren van de interne rechtspositieregeling	35
	3.1 Psychiatrie	35
	3.2 Psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg	36
	3.3 Klachtrecht	39
4	Overige onderwerpen	45
	4.1 Verkommerden en verloederden	45
	4.2 Werklast en meerkosten	50
	4.3 Onduidelijkheden in de wettekst	51
5	Standpunt op RVZ-advies «Beter (z)onder dwang?»	54
	5.1 Ambulante dwangbehandeling	54
	5.2 Zelfbindingsverklaringen	56
	5.3 Criteria voor dwangbehandeling ex Wet Bopz	59
6	Slotbeschouwing	62

INLEIDING

De eerste evaluatie van de Wet Bopz komt op een moment dat de invoering van de wet nog in volle gang is. De Evaluatiecommissie gaf haar eindrapport dan ook de ondertitel «Tussen invoering en praktijk» mee. Omdat nog sprake is van een invoeringsfase, trekt de Evaluatiecommissie op een aantal terreinen nog geen definitieve conclusies omtrent de noodzaak tot wetwijzigingen. Wel heeft de Evaluatiecommissie geconstateerd dat op verschillende onderdelen van de wet behoefte bestaat aan aanvullende voorlichting. Het kabinet meent dan ook dat een algemeen voorlichtingsplan moet worden ontworpen, om in deze behoefte te voorzien. Veel van de aanbevelingen richten zich overigens tot andere actoren dan de wetgever. Ook deze dienen op de desbetreffende punten hun verantwoordelijkheid te nemen. Waar nodig zal het kabinet hen daarbij ondersteunen.

Ondanks het feit dat de Wet Bopz zich nog in de invoeringsfase bevindt, meent het kabinet dat het evaluatierapport reeds voldoende aanleiding geeft de wet op een aantal punten aan te passen.

Ten aanzien van een aantal meer complexe onderwerpen beperkt dit kabinetsstandpunt zich tot de hoofdlijnen. Het kabinet verneemt daarover graag eerst de mening van de Tweede Kamer; daarna kunnen ze nader worden uitgewerkt.

Op deze plaats wil het kabinet echter reeds opmerken dat geconstateerd mag worden, en dat blijkt ook uit het evaluatierapport, dat de Wet Bopz in belangrijke mate bijdraagt aan de centrale doelstelling van de wet: de versterking van de rechtspositie van de patiënt.

De indeling van dit kabinetsstandpunt op het evaluatierapport volgt zoveel mogelijk de indeling van de aanbevelingen van de Evaluatiecommissie. Een aantal onderwerpen wordt evenwel apart behandeld vanwege het bijzondere belang. Het gaat daarbij thema's waarop ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in zijn advies «Beter (z)onder dwang?» uitvoerig ingaat: de ambulante dwangbehandeling, de zelfbindingsverklaring en de criteria voor dwangbehandeling.

De nota vangt aan met een algemene beschouwing, waarin enkele belangrijke onderwerpen die samenhangen met de Wet Bopz in onderlinge samenhang worden gezien: de uitgangspunten van de wet, de problematiek van de verkommerden en verloederden en de effecten en neveneffecten van de toepassing van dwang in de psychiatrie. De nota besluit met een korte slotbeschouwing. Als bijlage is opgenomen de aanbevelingen van de Evaluatiecommissie.

1 ENKELE ALGEMENE BESCHOUWINGEN

De Wet Bopz kent een lange parlementaire geschiedenis: in 1971 werd het ontwerp van wet bij de Tweede Kamer ingediend en ruim 20 jaar later, in 1992, is de wet door de Eerste Kamer aangenomen. De reden van deze lange wetsgeschiedenis is niet alleen dat de Wet Bopz een complexe wet is, die toeziet op een grote verscheidenheid aan situaties, actoren, beslissingen en instrumenten, maar vooral het feit dat de wet principiële en ethisch beladen keuzen maakt. De Wet Bopz raakt aan een aantal zeer fundamentele waarden en beginselen in onze sociale rechtsstaat: het recht op zelfbeschikking en rechtsbescherming, het belang van een goede zorg voor de gezondheid, met name waar deze samenhangt met de mogelijkheden om een menswaardig bestaan te leiden, en het recht op veiligheid en bescherming. Het zijn waarden en beginselen waartussen een immanente spanningsrelatie bestaat, als het gaat om de vraag hoe onze sociale rechtsstaat dient om te gaan met mensen met een stoornis in hun geestesvermogens. Zo kan het onverkort respecteren van het recht op zelfbeschikking voor betrokkenen leiden tot een onaanvaardbare inbreuk op andere centrale waarden in onze samenleving.

Deze spanningsrelatie noopt tot het maken van afwegingen en keuzen: keuzen die zich uiteindelijk alle laten herleiden tot de centrale vraag bij wie, in welke situaties en onder welke voorwaarden het gerechtvaardigd is dwang toe te passen. Keuzen die dienen te worden neergelegd in de wet, aangezien de toepassing van dwang een inperking van zelfbeschikkingsrecht van een persoon impliceert, hetgeen een wettelijke legitimatie behoeft.

Kenschets van de Wet Bopz

In de context van de hierboven geschetste spanningsrelatie tussen fundamentele waarden en beginselen, kiest de Wet Bopz voor een tweetal vertrekpunten. Het eerste vertrekpunt is het respecteren van het zelfbeschikkingsrecht van degenen die in hun geestesvermogens zijn gestoord. Op dat zelfbeschikkingsrecht mag slechts in bijzondere situaties een inbreuk worden gemaakt. In de eerste plaats dient degene die in zijn geestvermogens is gestoord, vanwege die stoornis een gevaar te veroorzaken voor zichzelf of voor zijn omgeving (het gevaarscriterium). Voorts dient betrokkene niet te kennen te geven bereid te zijn tot een vrijwillige interventie die het gevaar kan keren (het bereidheidscriterium). Tenslotte dient de inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht een laatste middel te zijn om het gevaar af te wenden (het ultimatum remedium criterium). Het tweede vertrekpunt van de wet is het bieden van een adequate rechtsbescherming voor degenen van wie het recht op zelfbeschikking noodzakelijkerwijs voor kortere of langere tijd dient te worden ingeperkt.

De belangrijkste inbreuken die op het zelfbeschikkingsrecht van een persoon met een geestesstoornis kunnen worden gemaakt, zijn een gedwongen opname en een gedwongen behandeling. De Wet Bopz stelt striktere criteria ten aanzien van gedwongen behandelen, dan ten aanzien van het gedwongen opnemen van een persoon. Voor het afwenden van het gevaar dient in principe volstaan te worden met een gedwongen opname. Uitgangspunt is dat de patiënt toestemming moet verlenen voor behandeling. Gedwongen behandeling staat de wet slechts toe in de omstandigheid dat een gedwongen opgenomen patiënt ernstig gevaar veroorzaakt voor zichzelf of voor anderen en de behandeling volstrekt noodzakelijk is om dat gevaar af te wenden.

In het licht van bovengeschetste uitgangspunten van de Wet Bopz, kan deze wet het best gekarakteriseerd worden als een «opnamewet» die zich

primair richt op het couperen van gevaarssituaties en op het beschermen van de rechten van degenen van wie op het zelfbeschikkingsrecht in dat verband een inbreuk wordt gemaakt. De wet heeft niet het behandelen van de geestesstoornis als uitgangspunt: in gevallen dat gevaar kan worden afgewend met een gedwongen opname, dient daarmee te worden volstaan en kan niet worden overgegaan tot dwangbehandeling. De wet heeft ook niet expliciet als doelstelling de handhaving van de openbare orde, hoewel zij daar vanzelfsprekend via het bieden van de mogelijkheid om in gevaarssituaties tot een gedwongen opname over te gaan, wel een bijdrage aan levert.

Centrale vragen bij de evaluatie

In de context van deze karakterisering van de Wet Bopz, staan naar ons oordeel bij de beoordeling van de werking van deze wet de volgende vragen centraal:

- 1) bestrijkt de wet op afdoende wijze de terreinen van de zorgsector waarin afwegingen aan de orde zijn met betrekking tot het toepassen van dwang?
- 2) biedt de wet voor de terreinen die zij bestrijkt, voldoende rechtsbescherming aan mensen op wie de toepassing van dwang aan de orde is?
- 3) leiden de criteria waaraan moet zijn voldaan alvorens dwang kan worden toegepast, niet tot een onaanvaardbare inbreuk op andere waarden in onze samenleving. Anders gezegd: is in de Wet Bopz een juiste balans aangebracht tussen zelfbeschikking en dwang?

De eerste vraag gaat over de reikwijdte van de wet. De Evaluatiecommissie merkt daarover op dat de huidige reikwijdte te beperkt is: ook in instellingen die buiten de werkingssfeer van de Wet Bopz vallen, is regelmatig sprake van vrijheidsbeperkende maatregelen. De commissie noemt in dit verband onder meer de gezinsvervangende tehuizen en de verzorgingshuizen: in bedoelde instellingen wordt een inbreuk gemaakt op het zelfbeschikkingsrecht van personen, zonder dat daarvoor een wettelijke grondslag aanwezig is. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg meldt ons dit als een probleem.

In opdracht van de Inspectie heeft de Rijksuniversiteit Groningen onderzoek verricht naar vrijheidsbeperkende maatregelen in niet-Bopz aangemerkte instellingen. Het onderzoeksrapport zal binnenkort worden gepubliceerd. Over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in instellingen die wel zijn aangemerkt, heeft de Inspectie recentelijk een tweetal rapporten uitgebracht: «Zorg onder beperking» wat betreft de verstandelijk gehandicaptenzorg en «De Wet Bopz in de verpleeghuiszorg» wat betreft de psychogeriatric. Wij sluiten ook niet uit dat het hier gaat om een probleem dat in de toekomst nog zal toenemen. Het is immers ons beleid om patiënten zoveel mogelijk in de meest «lichte» voorzieningen op te vangen, hetgeen bijvoorbeeld met zich brengt dat in verzorgingshuizen steeds meer psychogeriatricische patiënten verblijven. Deze instellingen vallen niet onder de Wet Bopz, terwijl de opvang van betrokken categorieën van patiënten wel regelmatig om toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen vraagt. Ook bij de verzorging van psychogeriatricische patiënten in de thuissituatie kan enigerlei vorm van vrijheidsbeperking noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld om ongelukken te voorkomen. Ook deze vorm van dwang wordt op dit moment niet wettelijk gelegitimeerd. Wij onderkennen de door de Evaluatiecommissie en de Inspectie gesignaleerde problematiek en hebben het voornemen om dit, overeenkomstig het voorstel van de Evaluatiecommissie, in omvang terug te brengen via een uitbreiding van de werkingssfeer van de Wet Bopz. Wij doen daarvoor voorstellen in deze nota. Bij uitbreiding van de reikwijdte van de Wet Bopz is tevens van

belang dat in de opleidingen van betrokken beroepsgroep en aandacht wordt besteed aan de kwaliteitseisen van de Wet Bopz. De hier geschetste problematiek is evenwel niet in volle omvang op deze wijze op te lossen: de systematiek van de wet maakt dit niet mogelijk. Voor een deel zal de oplossing derhalve moeten komen van een nieuw te ontwerpen wettelijke regeling. Alvorens daartoe over te gaan, dient nader onderzoek plaats te vinden naar de aard en omvang van de problemen die resten na bovenbedoelde aanpassing van de Wet Bopz en naar de juridische mogelijkheden en modaliteiten van zo'n regeling. Het kabinet zal dit onderzoek laten verrichten. Het kabinet is hoe dan ook van mening dat de huidige situatie, waarin dwang wordt toegepast zonder wettelijke legitimatie en zonder een adequate rechtsbescherming van degenen die deze dwang ondergaan, niet onbeperkt in de tijd kan voortduren.

Een ander punt van de reikwijdte van de Wet Bopz is dat deze uitsluitend betrekking heeft op personen met een geestesstoornis, welke gevaar veroorzaakt. De Wet Bopz wordt – ten onrechte – vaak gezien als oplossing voor de verkommerden en verloederdenproblematiek. Het kabinet hecht er dan ook aan te benadrukken dat de verkommerden en verloederdenproblematiek de reikwijdte van de wet Bopz overstijgt. Naar de mening van het kabinet dienen oplossingen voor deze problematiek voornamelijk te worden gezocht buiten de Wet Bopz.

De tweede vraag gaat over de rechtsbescherming van degenen bij wie ingevolge de bepalingen van de wet de toepassing van dwang aan de orde is. Belangrijk element in de Wet Bopz is de interne rechtspositie-regeling. Deze regeling houdt onder meer in dat een behandelingsplan moet worden opgesteld. De Evaluatiecommissie komt tot de slotsom dat de Wet Bopz, overeenkomstig de doelstellingen, een belangrijke bijdrage levert aan de bescherming (van de rechten) van betrokkenen. Wel meent de commissie dat een aantal wettelijke bepalingen en procedures aangepast, verduidelijkt dan wel aangescherpt dient te worden. Op de aanbevelingen die de commissie hierover doet, komen wij verderop in deze nota uitvoerig te spreken. Hier zij volstaan met de opmerking dat deze aanbevelingen de hoofdlijnen en de systematiek van de wet niet ter discussie stellen.

De laatste vraag is het meest complex van aard: is met de voorwaarden waaronder en met de mate waarin volgens de wet dwang mag worden toegepast, een juist evenwicht gevonden in de spanningsrelatie tussen centrale waarden als het recht op zelfbeschikking en rechtsbescherming, het belang van een goede zorg voor de gezondheid, het recht op een menswaardig bestaan en het recht op veiligheid? Het is deze vraag die in de maatschappelijke discussie over de Wet Bopz de meeste aandacht krijgt, mede omdat het antwoord daarop in belangrijke mate bepalend is voor de mate waarin inbreuk mag worden gepleegd op de fundamentele rechten van de patiënt, voor diens perspectieven op een menswaardig bestaan, voor de mogelijkheden van de hulpverleners om een patiënt te behandelen en voor de lasten waarmee de sociale omgeving van de patiënt wordt geconfronteerd. Om deze reden staan wij in deze inleiding meer uitvoerig bij dit vraagstuk stil.

De balans tussen zelfbeschikking en dwang

De balans die de Wet Bopz aanbrengt tussen zelfbeschikking en dwang heeft zowel consequenties voor de patiënt zelf als voor diens sociale omgeving. Voor de patiënt is aan de orde de vraag of de op het uitgangspunt van zelfbeschikking gebaseerde criteria voor dwangtoepassing niet een onevenredig groot risico met zich brengen op gezondheidsschade en op een afglijden naar een situatie van verkom-

mering en verloedering. Voor de sociale omgeving is aan de orde de vraag of genoemde criteria er niet toe leiden dat die omgeving wordt geconfronteerd met onhanteerbaar deviant gedrag, waarmee ook bijvoorbeeld de politie geen raad weet.

Teneinde tot een goed oordeel over deze vragen te komen, is het naar onze mening nodig een juist beeld te hebben over de effecten van het toepassen van dwang in de psychiatrie. In de eerste plaats kan daarover opgemerkt worden dat het toepassen van dwang een zeer ingrijpende gebeurtenis is in het leven van betrokkenen. Voor zover er een vertrouwensrelatie bestond tussen patiënt en hulpverlener, wordt deze bij de toepassing van dwang sterk op de proef gesteld, zo niet verbroken. Het toepassen van dwang is een verlegenheidsingreep die het behandelklimaat ernstig onder druk zet. Ons bereiken geluiden van ervaringsdeskundigen dat juist het toepassen van dwang ertoe leidt dat patiënten, eenmaal weer in vrijheid, zich resoluut van de zorgverlening afwenden omdat zij het vertrouwen in de hulpverleners hebben verloren en het gevoel hebben door hen miskend te zijn. Deze categorie van patiënten zou zich door hun negatieve ervaringen met dwang scharen bij de groep van de zogenaamde zorgwekkende zorgmijders. Deze patiënten vermijden elk contact met de zorgverlening en kunnen slechts, indien hun situatie daartoe aanleiding geeft, weer met dwang worden opgenomen. Het toepassen van dwang kan derhalve een averechts effect hebben. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) stelt ook in zijn advies dat de preventie van dwang centraal dient te staan en dat dwang alleen toegepast dient te worden indien nodig om onhoudbare situaties te couperen. Veel meer perspectief biedt volgens de Raad het toepassen van drang, bijvoorbeeld door een intensieve bemoeizorg; daarmee kunnen de negatieve effecten van dwang worden voorkomen en kan het hulpaanbod aan problematische patiënten worden verbeterd.

Een tweede beperking in de toepassing van dwang heeft te maken met de resultaten die van een opname of behandeling mogen worden verwacht. Veel mensen waar het hier om gaat hebben een chronische ziekte. Een opname leidt als zodanig dan ook niet tot genezing. Ook een behandeling met medicijnen biedt, zeker in de tijd bezien, lang niet altijd voldoende soelaas. Weliswaar zijn de thans beschikbare geneesmiddelen vrij effectief wat betreft het terugdringen van psychotische symptomen, het sociale functioneren, voor zover dat niet een directe afgeleide is van de psychische conditie, wordt echter slechts marginaal beïnvloed. Bij vele psychiatrische ziekten en de wijze waarop deze zich manifesteren, spelen behalve biologische factoren ook psychologische en sociale factoren een rol; factoren die zich niet door medicatie laten beïnvloeden. Bovendien is de werking van geneesmiddelen tijdelijk: zodra het gebruik wordt gestaakt, is er sprake van terugval of van een ernstig risico daarop. Een gedwongen opname of behandeling is dus vaak niet meer dan een noodgreep die niet geneest en dus ook vaak geen structurele oplossing biedt.

In het licht van bovenstaande overwegingen dienen de mogelijkheden van dwang om problemen op te lossen rond de verkommering en verloedering van patiënten en de overlast die zij veroorzaken, naar ons oordeel sterk gerelativeerd te worden. In lijn met het advies van de RVZ is het kabinet dan ook van mening dat terughoudendheid met dwang de richtsnoer van het beleid dient te zijn. Overeenkomstig hetgeen de RVZ opmerkt en de signalen die het kabinet op dit punt bereikt, zowel van de kant van de zorgverleners, als van de kant van de zorgontvangers, is veel meer te verwachten van een intensivering van de zorg en opvang voor deze groep patiënten. Voor onze beleidsvoornemens dienaangaande verwijzen wij naar de brieven die onlangs aan de Tweede Kamer zijn

gestuurd over de openbare geestelijke gezondheidszorg (Kamerstukken II 1996–1997, 25 424, nr. 2) en over de maatschappelijke opvang (Kamerstukken II 1997–1998, 25 682, nr. 1). Verder willen wij in dit verband het belang benadrukken van de zorgvernieuwing die thans binnen de GGZ gaande is. Door de investeringen in extramurale zorgvormen, de daarmee gepaard gaande groeiende aandacht voor de sociale context van de patiënt, de differentiatie in zorgverleningsmogelijkheden en de circuitvorming waardoor integrale en continue zorg om de patiënt heen georganiseerd kan worden, ontstaan er steeds meer alternatieven voor gedwongen opnamen en steeds meer mogelijkheden om zorg te bieden in gevallen dat er geen sprake is van een gedwongen opname. In dit verband willen wij nogmaals de aandacht vestigen op de verantwoordelijkheid van de instellingen om juist in die gevallen, waarin geen gedwongen opname mogelijk is, op andere wijze hulp te verlenen. Het kabinet heeft signalen ontvangen dat het niet voldoen aan het gevaarscriterium van de wet Bopz, voor instellingen nogal eens als excuus wordt gehanteerd om in het geheel geen hulp te bieden. Op deze wijze verschuilen de instellingen zich – ten onrechte – achter de criteria van de wet Bopz.

In het onderstaande geven wij aan in hoeverre de rapporten van de RVZ en de Evaluatiecommissie naar ons oordeel aanleiding geven tot aanpassing van de huidige mogelijkheden van dwangtoepassing. Begonnen wordt met een bespreking van de thans geldende criteria voor een gedwongen opname. Vervolgens bepalen wij ons standpunt op door de RVZ en de Evaluatiecommissie voorgestelde (onderzoeken naar) uitbreiding van de huidige dwangmogelijkheden. Het gaat in dit hoofdstuk met name om de hoofdlijnen en om de samenhang daartussen. Verderop in deze nota worden deze hoofdlijnen verder uitgewerkt en toegelicht.

Het gevaarscriterium

Centraal in de in de Wet Bopz geregelde voorwaarden voor een gedwongen opname staat de eis van de aanwezigheid van een gevaarsituatie. Zowel de Evaluatiecommissie als de RVZ komen in hun rapporten tot de conclusie dat dit zogenoemde gevaarscriterium geen aanpassing behoeft, zij het dat het begrip gevaar niet te beperkt geïnterpreteerd dient te worden. De RVZ stelt dat met het gevaarscriterium het juiste midden is gevonden tussen enerzijds de behoefte aan het kunnen toepassen van dwang en anderzijds de waarborging van de rechten van de patiënt. De Evaluatiecommissie merkt op dat de in de onderzoeken geïnterviewde rechters en psychiaters te kennen hebben gegeven dat de huidige criteria voldoende mogelijkheden geven voor een gedwongen opname van hulpweigerende verkommerden en verloederden. Meer algemeen stellen zowel de RVZ als de Evaluatiecommissie dat de invloed van de Wet Bopz, en dus ook van het gevaarscriterium, op de problematiek van de verkommerden en verloederden zeer beperkt is. Onderzoek, uitgevoerd in opdracht van de Evaluatiecommissie, heeft aangetoond dat verreweg het grootste deel van de onderzochte personen (68%) van wie een vordering tot een gedwongen opname uiteindelijk door de rechter werd afgewezen, het na een jaar aanzienlijk beter maakt dan op het moment van vordering van een rechterlijke machtiging. Ook zonder een gedwongen opname is het dus zeer wel mogelijk om verbetering te brengen in probleemsituaties. Mede bezien in het licht van de aanbevelingen van de RVZ en de Evaluatiecommissie, zijn wij van mening dat er geen aanleiding is tot aanpassing van het gevaarscriterium. Wel zijn wij het met hen eens dat het gevaarscriterium gelet op de wettekst niet rigide mag worden geïnterpreteerd. Uit jurisprudentie blijkt daarvan overigens ook geen sprake te zijn. Wel moet geconstateerd worden dat de jurisprudentie en de praktijk vaak niet met elkaar overeenstemmen. Het kabinet acht het om

die reden noodzakelijk de praktijk regelmatig te informeren over de meest actuele ontwikkelingen in de jurisprudentie.

Het kabinet is voornemens om begin volgend jaar voorlichting te geven, in samenwerking met de koepels en de Inspectie. Deze voorlichting zal in het bijzonder zijn bedoeld voor de hulpverleners, die de Wet Bopz in de praktijk toepassen. Verder zal het kabinet stimuleren dat periodiek overleg zal plaatsvinden tussen de rechterlijke macht, de hulpverlening en het Openbaar Ministerie om de «vertaalslag» van de rechtspraak naar de praktijk zo beperkt mogelijk te houden. In paragraaf 2.2. van deze nota gaan we meer uitvoerig in op de interpretatie van het begrip gevaar.

Het bereidheids criterium

Onder de Krankzinnigenwet kwam de procedure voor gedwongen opname uitsluitend aan de orde bij mensen die zich tegen een opname verzetten (het bezwaarcriterium). Voor mensen die geen toestemming geven, maar zich ook niet verzetten tegen een opname, was een vrijwillige opname mogelijk.

De Wet Bopz kiest als uitgangspunt dat voor een vrijwillige opname in de psychiatrie de patiënt bereidheid moet tonen om opgenomen te worden. Dat wil zeggen dat patiënten, die geen bereidheid tonen voor een opname, maar ook geen verzet kenbaar maken, de procedure voor een gedwongen opname moeten doorlopen. De Evaluatiecommissie doet de aanbeveling dat de wetgever zich opnieuw dient te bezinnen over de vraag of de keuze voor het bereidheids-criterium een verstandige is geweest. De Evaluatiecommissie wijst er in dit verband op dat dit criterium mogelijk een tweetal onwenselijke neveneffecten heeft. In de eerste plaats zou het criterium mogelijk bijdragen aan de problematiek van de verkommerden en verloederden. Patiënten die er slecht aan toe zijn, maar (nog) niet voldoen aan het gevaarscriterium en geen bereidheid aan de dag leggen om zich op te laten nemen, konden vroeger vrijwillig worden opgenomen. Nu kunnen deze patiënten noch vrijwillig (geen bereidheid), noch gedwongen (geen gevaar) worden opgenomen, waardoor deze patiënten volgens de Evaluatiecommissie wellicht niet de zorg krijgen die voor hen wenselijk zou zijn. In de tweede plaats konden patiënten die geen bereidheid aan de dag leggen om zich op te laten nemen, maar wel voldoen aan het gevaarscriterium, vroeger vrijwillig worden opgenomen, terwijl zij nu steeds gedwongen opgenomen dienen te worden. Reeds gewezen is op de frusterende invloed van de toepassing van dwang op de therapeutische relatie tussen hulpverlener en patiënt. Ondanks deze signalen van de Evaluatiecommissie, is het kabinet van mening dat er onvoldoende aanleiding is voor een terugkeer naar het bezwaarcriterium. Het belangrijkste argument daarvoor is dat terugkeer naar het bezwaarcriterium de beoogde extra rechtsbescherming voor de groep die geen bereidheid/geen verzet vertoont, weer teniet doet. Bovendien gaat het, naar mag worden verwacht, om een vrij klein deel van de groep binnen de psychiatrie: bij de meesten zal sprake zijn van verzet. Er is geen aanleiding om de thans geldende criteria voor een gedwongen opname te wijzigen. Wel meent het kabinet, in lijn met de aanbevelingen van de Evaluatiecommissie en de RVZ, dat een aanvulling van de huidige mogelijkheden van dwangbehandeling wenselijk is.

Ambulante dwangbehandeling

De Wet Bopz kent op dit moment één mogelijkheid van ambulante dwangbehandeling, namelijk het ontslag of verlof onder voorwaarden. Hierbij worden aan het ontslag of verlof voorwaarden gesteld die veelal inhouden dat de patiënt medicatie moet blijven gebruiken. Aan deze vorm van ambulante dwangbehandeling dient echter steeds een gedwongen opname vooraf te gaan. Volgens zowel de Evaluatiecommissie als de RVZ

zou de mogelijkheid tot ambulante dwangbehandeling uitgebreid dienen te worden. Zij achten het creëren van de mogelijkheid van ambulante dwangbehandeling als door de patiënt te kiezen alternatief voor een gedwongen opname, een zinvolle aanvulling op de huidige wettelijke interventiemogelijkheden. Het kabinet staat positief tegenover deze zienswijze. De mogelijkheid van ambulante dwangbehandeling zou de patiënt in voorkomende gevallen een keuzemogelijkheid kunnen bieden hetgeen alsdan zijn positie versterkt. Een voordeel is dat de patiënt alsdan veelal in zijn eigen sociale omgeving kan blijven en ook daadwerkelijk kan worden behandeld. Dit hoeft bij een gedwongen opname niet altijd het geval te zijn.

Echter, met het oog op de rechtsbescherming van de patiënt, zijn wij van mening dat aan de toepassing van ambulante dwangbehandeling een aantal strikte voorwaarden moet worden gesteld. Hier zij nog vermeld dat naar ons oordeel van de invoering van ambulante dwangbehandeling geen overdreven verwachtingen mogen worden gekoesterd. Ambulante dwangbehandeling zal vanzelfsprekend lang niet in alle gevallen waarin een gevaarssituatie moet worden gecoupeerd, een alternatief kunnen zijn voor een gedwongen opname. Ook is duidelijk dat van ambulante dwangbehandeling meer te verwachten is op het vlak van het terugdringen van psychotische verschijnselen, dan op het vlak van het verbeteren van het sociale functioneren van betrokkenen. De RVZ merkt in dit verband dan ook op dat introductie van deze vorm van behandeling weinig tot geen bijdrage zal leveren aan de oplossing van de problematiek rond de verkommerden en verloederden.

Zelfbinding

Het uitgangspunt van de Wet Bopz is dat ten aanzien van het al dan niet behandelen van een patiënt uitsluitend diens meest actuele wilsuiting geldt. De patiënt kan te allen tijde zijn toestemming voor een bepaalde behandeling intrekken of zijn toestemming geven aan een andere behandeling. Dat betekent dat patiënten, die lijden aan terugkerende decompensaties of psychoses, in een periode dat zij goed zijn niet kunnen regelen dat zij ten tijde van een terugval, tegen hun wil in, worden behandeld. Zowel de Evaluatiecommissie als de RVZ wijzen op de nadelen die patiënten daarvan kunnen ondervinden. De Evaluatiecommissie beveelt in dat verband nader onderzoek aan naar de juridische implicaties en vormgeving van verklaringen waarmee patiënten toestemming kunnen geven voor een behandeling op het moment dat zij door een terugval niet meer in staat zijn tot een redelijke afweging van hun belangen terzake. Ook de RVZ vindt zelfbinding een goede zaak, maar acht de juridische stekels zo scherp dat invoering thans niet opportuun wordt geacht. Het kabinet onderstreept de wenselijkheid van de invoering van de mogelijkheid tot zelfbinding, maar acht invoering alleen gerechtvaardigd indien voldoende waarborgen kunnen worden geschapen om de rechtspositie van de patiënt te beschermen. Voor zover thans kan worden overzien, kunnen deze waarborgen inderdaad worden geschapen, maar het kabinet houdt wat dat betreft een slag om de arm. Wij verwijzen naar hetgeen wij verder in paragraaf 5.2 van deze nota over dit onderwerp opmerken.

Gedwongen behandeling tijdens een gedwongen opname

Volgens de Wet Bopz is een dwangbehandeling uitsluitend mogelijk indien zo'n behandeling volstrekt noodzakelijk is om bij een gedwongen opgenomen patiënt een ernstige gevaarssituatie voor hemzelf of anderen te couperen. Bij de bepaling van de noodzaak van dwangbehandeling staat derhalve het beveiligingsaspect centraal: Niet van belang is of de

betrokken patiënt in staat is tot een redelijke afweging van zijn belangen terzake of dat een behandeling een betekenisvolle verbetering in de situatie van de patiënt kan brengen. Dit betekent dat gedwongen opgenomen patiënten, met een succesvolle behandelingsmogelijkheid, maar zonder ziekte-inzicht lang niet altijd behandeld worden. Deze patiënten komen, na enige tijd te zijn opgenomen, onbehandeld weer in de maatschappij terecht en zullen zodra er weer sprake is van gevaar opnieuw gedwongen moeten worden opgenomen. De RVZ merkt in zijn advies op dat de Wet Bopz voor deze patiënten te weinig bescherming biedt omdat hun weigering om een werkzame behandeling te ondergaan, wordt gerespecteerd, terwijl deze patiënten niet in staat zijn tot een redelijke afweging van hun belangen terzake van de behandeling.

Het kabinet deelt de gedachtegang van de RVZ, maar merkt ook hier op dat een regeling die de mogelijkheden van het toepassen van dwangbehandeling vergroot, zeer zorgvuldig geconstrueerd dient te worden, teneinde de patiënt een adequate rechtsbescherming te garanderen. Uitgangspunt van een regeling zou bovendien moeten zijn dat vaststaat dat het gaat om een succesvolle behandelingsmogelijkheid. Geregeld dient alsdan te worden wie op welke wijze bepaalt dat een patiënt ten gevolge van een stoornis van de geestvermogens niet tot een redelijke afweging van zijn belangen terzake kan komen. Voorts dient geregeld te worden hoe wordt bepaald welke behandeling bij een patiënt voor welke tijdsduur mag worden toegepast. Het kabinet merkt op dat, alvorens een dergelijke regeling kan worden getroffen, bovendien volstrekt helder dient te zijn welke behandeling welke resultaten geeft, zowel wat betreft de positieve als wat betreft de negatieve effecten, zodat deze effecten tegen elkaar kunnen worden afgewogen. Om een regeling in de hier bedoelde zin te kunnen treffen, zal nader onderzoek verricht dienen te worden naar de modaliteiten van een dergelijke regeling. Dit mede in relatie tot het nu gehanteerde criterium van ernstig gevaar. Wij zullen dit onderzoek op korte termijn starten.

Conclusie

Het kabinet meent dat er geen aanleiding is de criteria in de Wet Bopz voor het gedwongen opnemen van patiënten te wijzigen. Wel vindt het kabinet dat er voldoende aanleiding is nader te bezien of de huidige mogelijkheden voor dwangbehandeling, zij het onder strikte voorwaarden, kunnen worden uitgebreid. Het gaat hier evenwel om een bijzonder ingewikkelde materie, zowel wat betreft de juridische als de ethische consequenties. Het bestuderen ervan en het onderzoeken van de mogelijkheden voor een sluitende regeling terzake, zal tijd kosten. Op korte termijn kan hierover dan ook nog geen duidelijkheid worden verwacht. Ter ondersteuning van de werkzaamheden op dit punt heeft het kabinet aan de Gezondheidsraad gevraagd over een aantal aspecten van dwangbehandeling te adviseren. Daarnaast is de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek reeds verzocht een onderzoekprogramma te presenteren, betreffende de ethische en juridische aspecten over dwangtoepassing in de gezondheidszorg. De resultaten van dit onderzoek zijn van belang bij verdere besluitvorming en de uitwerking daarvan inzake dwangtoepassing.

De eerstvolgende evaluatie van de Wet Bopz (aanbeveling 1 en 2)

Dit kabinetsstandpunt heeft betrekking op de eerste evaluatie van de Wet Bopz. De volgende evaluatie van de wet zal binnen vijf jaar plaatsvinden. De Evaluatiecommissie heeft in de inleiding van het evaluatierapport ook aandacht besteed aan deze volgende evaluatie. Allereerst heeft de Evaluatiecommissie aangegeven dat het automatiseringssysteem van de

Wet Bopz, Bopzis, nog niet adequaat functioneert. Niet alleen worden niet alle noodzakelijke gegevens ingevoerd, maar ook het geschikt maken van de gegevens voor verder gebruik levert problemen op. Daarnaast ontbreekt ondermeer een centrale controle op het invoeren van deze gegevens. De Evaluatiecommissie heeft aangegeven dat voor de volgende evaluatie de gesignaleerde knelpunten van het automatiseringssysteem Bopzis moeten zijn verholpen.

Verder heeft de commissie geconstateerd dat het werken in een breed samengestelde onafhankelijke commissie, bevredigend is geweest. Wel is de omvang van de commissie een punt van aandacht bij de volgende evaluatie. De samenstelling en de omvang van de commissie zal bij de volgende evaluatie afhankelijk moeten zijn van de opzet en accenten daarvan. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport neemt de aanbevelingen van de Evaluatiecommissie op deze punten over en meent daarmee tegemoet te zijn gekomen aan aanbeveling 1 en 2 van de Evaluatiecommissie.

2 FUNCTIONEREN VAN DE EXTERNE RECHTSPOSITIEREGELING

2.1 Beoordelingscriteria algemeen (aanbeveling 3 tot en met 7)

Inleiding

Met de criteria voor beoordeling van de noodzaak van een gedwongen opname wordt uitdrukking gegeven aan de rechtsontwikkeling en maatschappelijke opvattingen over de toelaatbaarheid van vrijheidsbeneming en dwangtoepassing. Invoering van de wet betekent overigens niet het einde van de principiële discussie over deze criteria. Die discussie is steeds doorgegaan, ook na de inwerkingtreding van de Wet Bopz.

De beoordelingscriteria

De criteria op grond waarvan wordt beoordeeld of iemand voor gedwongen opname in aanmerking komt zijn:

- de aanwezigheid van een geestesstoornis;
- de aanwezigheid van gevaar voortvloeiend uit de geestesstoornis (het gevaarscriterium);
- het ontbreken van de nodige bereidheid tot opname (het bereidheids-criterium);
- het ontbreken van mogelijkheden om anders dan door opname dit gevaar af te wenden (het ultimatum remedium criterium).

Bevindingen van de Evaluatiecommissie

Het evaluatieonderzoek brengt de ontwikkelingen in theorie en praktijk van de gedwongen opname in kaart. Het deelonderzoek 4, inzake de externe rechtspositie in de psychiatrie, geeft een indruk van hoe de criteria in de praktijk worden geïnterpreteerd. Van belang is dat de Evaluatiecommissie constateert dat de criteria in grote lijnen worden gehanteerd zoals de wetgever heeft bedoeld, maar ook dat de toetsing door de verschillende beroepsgroepen die met de wet moeten werken, op onderdelen uiteen blijkt te lopen. Weliswaar vervult de rechtspraak een belangrijke richtinggevende functie in de interpretatie van de criteria, maar dit heeft nog geen uniformerende werking gehad. De Evaluatiecommissie constateert dat door de rechter veruit de meeste aandacht wordt besteed aan het gevaarscriterium. Minder aandacht wordt besteed aan de criteria stoornis, oorzakelijk verband tussen stoornis en gevaar en bereidheid. De Evaluatiecommissie constateert voorts dat de criteria van de Wet Bopz geen direct aantoonbare relatie met de problematiek van verkommerden en verloederden hebben. Dit was één van de gevreesde neveneffecten voordat de wet werd ingevoerd. De Evaluatiecommissie ziet rondom het gevaarscriterium vooral behoefte aan verheldering. Rondom het bereidheidscriterium meent de commissie dat er de noodzaak is tot «opnieuw bezinnen». Rondom het ultimatum remedium criterium vraagt de commissie om nader onderzoek en verdere ontwikkeling van mogelijke alternatieven voor gedwongen opname.

Kabinetsstandpunt

De aard en uitkomsten van het evaluatieonderzoek geven geen aanleiding om op dit moment de beoordelingscriteria ten principale ter discussie te stellen. Naar de mening van het kabinet geeft de onderhavige evaluatie van de wet wèl de gelegenheid om zowel de invulling die in de praktijk aan de criteria wordt gegeven als de feitelijke effecten daarvan kritisch in ogenschouw te nemen. Dit geschiedt in de hierna volgende paragrafen.

2.2 Het gevaarscriterium (aanbeveling 3)

Inleiding

Al voor de invoering van de Wet Bopz werd het gevaarscriterium in de jurisprudentie gehanteerd. In een uitspraak in 1982 stelde de Hoge Raad zich inzake de toepassing van de Krankzinnigenwet op het standpunt dat een gedwongen opname slechts mag plaatsvinden indien betrokkene ten gevolge van een geestesstoornis «een gevaar voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen veroorzaakt». Sindsdien is het criterium in de jurisprudentie verder tot ontwikkeling gebracht. Het standpunt van de regering en het parlement was dat met de invulling van het begrip «gevaar» een goed evenwicht is gevonden tussen het recht van de patiënt op zelfbeschikking enerzijds en de noodzaak niemand in een gevaarlijke situatie terecht te laten komen en te voorkomen dat hij anderen in gevaar brengt anderzijds.

Bevindingen van de Evaluatiecommissie

Onderzoek van Van Ginneken naar de jurisprudentie rondom het gevaarscriterium in de periode 1982–1993 wijst er op dat de introductie van het gevaarscriterium niet de aardverschuiving teweeg heeft gebracht die er destijds van werd verwacht. In het kader van het evaluatieonderzoek, dat overigens een beperkte periode bestrijkt, wordt geconstateerd dat de rechterlijke uitspraken over «gevaar» die na de inwerking-treding van de Wet Bopz zijn gedaan, niet noemenswaardig afwijken van de jurisprudentie in de voorafgaande periode. Wèl waren er kort na de invoering van de Wet Bopz signalen dat de marges van het gevaarscriterium door sommigen vrij smal werden opgevat. Inmiddels heeft de Inspectie verzoek van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een brochure uitgebracht, waarin de ontwikkelingen in de jurisprudentie inzake het begrip gevaar worden uiteengezet. Dit heeft volgens de Evaluatiecommissie de praktijk aanzienlijk beïnvloed.

Interpretatie van het begrip «gevaar»

De Evaluatiecommissie constateert dat het gevaarscriterium geleidelijk in de praktijk ingang heeft gevonden. De beoordeling van het gevaarscriterium levert voor geen van de participanten problemen op. Een interpretatie van het gevaarscriterium, waarbij tevens bestwiloverwegingen zijn begrepen, komt naar het oordeel van rechters, officieren van justitie en burgemeesters niet voor. Echter, psychiaters en geneesheer-directeuren zijn van oordeel dat dit nog wel regelmatig voorkomt. Dit kan betekenen dat bestwilargumenten bij het opstellen van een geneeskundige verklaring ook nu nog impliciet in de beoordeling worden betrokken. De rechter is daar terughoudender in. De Evaluatiecommissie geeft aan dat in de praktijk de grens tussen gevaar en bestwil soms moeilijk is aan te geven. De Evaluatiecommissie maakt melding van signalen dat het gevaarscriterium niet door alle bij de procedure betrokken partijen op gelijke wijze wordt geïnterpreteerd. De meeste reacties tijdens de schriftelijke ronden en de hoorzitting die de Evaluatiecommissie heeft gehouden, concentreren zich op de interpretatieverschillen van het gevaarscriterium tussen beroepsgroepen, instellingen en regio's. Rondom de problematiek van verkommerden en verloederden wordt ook gesignaleerd dat het gevaarscriterium uniform ruim toegepast zou moeten worden. De Evaluatiecommissie vertaalt die signalen in een pleidooi voor verheldering van het begrip «gevaar» in aanbeveling 3.

Kabinetsstandpunt

Helderheid rondom het gevaarscriterium acht het kabinet van belang, mede omdat het kabinet de indruk heeft dat veel van de oppositie tegen de rigiditeit van het gevaarscriterium in de Wet Bopz samenhangt met een te beperkte interpretatie of een onvolledig beeld van dit criterium. Op het gevaarscriterium was en is veel van de kritiek en weerstand rondom de Wet Bopz gericht. Het zou de drempel voor een gedwongen opname te hoog stellen, waardoor in sommige situaties niet of te laat kan worden ingegrepen. Daardoor zouden aan betrokkenen kansen worden onthouden op verbetering van de psychische gezondheid of maatschappelijk functioneren en zouden betrokkenen het risico van ernstige gezondheidsschade lopen. Daarnaast zou ook te laat kunnen worden ingegrepen in situaties die gevaarlijk of bedreigend zijn voor anderen. Naar de mening van het kabinet geven de formulering in de wet alsmede in de jurisprudentie aan het gevaarscriterium gegeven interpretatie wel degelijk voldoende ruimte voor handelen in het belang van betrokkene of ter voorkoming van gevaar voor anderen. Mede in verband met het argument van «te laat» wijst het kabinet er nog eens nadrukkelijk op dat het naar heersende rechtsopvatting niet nodig is dat het gevaar zich al daadwerkelijk heeft voorgedaan. Er is ook sprake van gevaar als met mogelijk gevaar ernstig rekening moet worden gehouden. Er is dus op gevaar anticiperend handelen mogelijk. Daarnaast heeft de wetgever er bewust voor gekozen het gevaarscriterium als een open begrip op te vatten.

In de jurisprudentie is een verfijning te constateren in de omschrijving van waaruit gevaar kan bestaan. Daarbij is de categorie gevaar voor betrokkene uitgewerkt in:

- gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen;
- gevaar dat betrokkene maatschappelijk te gronde gaat;
- gevaar dat betrokkene zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen;
- gevaar dat betrokkene met zijn hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.

De categorie gevaar voor anderen is uitgesplitst in:

- gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen;
- gevaar voor de psychische gezondheid van een ander;
- gevaar dat betrokkene een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.

Kabinetsstandpunt

De zich steeds verder ontwikkelende jurisprudentie toont aan dat het gevaarscriterium geen statisch begrip is, maar dat het evolueert. Het kabinet is van mening dat bij uitstek de oordeelsvorming door de rechter in het concrete geval geschikt is om de invulling van het gevaarscriterium tot stand te brengen. Naar de mening van het kabinet krijgt dit momenteel in de jurisprudentie al op bevredigende wijze gestalte. Uit de jurisprudentie blijkt dat overduidelijke bestwil overwegingen, zoals vrees voor terugval en behoefte aan behandeling, niet leiden tot dwangopname, maar bijvoorbeeld wel de kans op zelfverwaarlozing, en de vrees voor de maatschappelijke ondergang van betrokkene, al dan niet tezamen met anderen, vergroot. Ook het niet innemen van medicatie wordt door rechters onder omstandigheden gezien als gevaar in de zin van de wet.

Overlast zonder meer wordt onvoldoende grond voor gedwongen opname geacht. Wil geconcludeerd worden tot gevaar dan moet de overlast bestaan uit daadwerkelijke agressie van de patiënt of moet de overlast het risico met zich meebrengen dat zodanige agressie bij anderen opgewekt wordt, dat de persoon een gevaar voor zichzelf wordt of een gevaar voor de geestelijke gezondheid van anderen.

Van belang is dat psychiaters en rechters volgens het evaluatieonderzoek, binnen een reële invulling van het begrip gevaar, voldoende ruimte zien om de noodzakelijke gedwongen opname van hulpweigerende verkommerden en verloederden te realiseren. Ook het criterium «gevaar voor het maatschappelijk of sociaal bestaan» krijgt in toenemende mate betekenis. Daarbij dient wel in het individuele geval voldoende geconcretiseerd te worden waaruit het gevaar bestaat.

Kabinetsstandpunt

Het kabinet acht het van belang dat in de praktijk (bij de diverse geledingen die betrokken zijn bij de beoordeling of in een concreet geval sprake is van «gevaar») de ontwikkelingen in het denken over het gevaarscriterium genoegzaam bekend worden en ook doorwerken in de oordeelsvorming. Regelmatig zal het kabinet de praktijk informeren over de actuele ontwikkeling in de jurisprudentie.

Samenvattend kan worden gesteld dat wijziging van het gevaarscriterium niet door de Evaluatiecommissie wordt aanbevolen en overigens niet aan de orde is. Ook de RVZ is van mening dat als er zich onhoudbare situaties voordoen, het «gevaarscriterium» zoals het momenteel in de praktijk wordt toegepast, voldoende mogelijkheden biedt om enerzijds dwangopname te legitimeren en anderzijds de patiëntenrechten te waarborgen. Een en ander is een kwestie van voorlichting; mede door de brochure van Inspectie (Gevaar in de Wet Bopz) is er al sprake van een meer consistente invulling van het criterium.

De WGBO en de Wet Bopz

In de toepasselijkheid van afdeling 5 van titel 7 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, beter bekend als de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) dan wel van de Wet Bopz op de behandeling van gedwongen opgenomen patiënten, bestaat een helder onderscheid. Echter, in de praktijk bestaat de indruk dat artikel 38, vijfde lid, van de Wet Bopz als grondslag kan worden gebruikt als gedwongen opgenomen patiënten zich tegen een – noodzakelijk geachte – somatische behandeling verzetten. Dat is niet juist. Ook voor gedwongen opgenomen patiënten geldt voor de somatische behandeling de algemene regeling van de WGBO. De WGBO-regeling gaat uit van het beginsel van toestemming voor behandeling. Als een patiënt zich tegen zo'n behandeling verzet, moet nagegaan worden of en in hoeverre de patiënt terzake wils(on)bekwaam is. Dat wil zeggen of op de situatie van de patiënt afgestemde informatie voldoende begrepen wordt, om de patiënt zelf een beslissing te laten nemen. Wordt de patiënt niet wilsbekwaam geacht tot het nemen van een beslissing dan treedt de vertegenwoordigingsregeling van de WGBO in werking. Geeft de vertegenwoordiger toestemming, maar verzet de patiënt zich tegen een verrichting van ingrijpende aard, dan moet het verzet serieus genomen worden. De ingreep kan dan alleen plaatsvinden indien dit kennelijk noodzakelijk is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Bepalingen omtrent de behandeling van de gedwongen opgenomen patiënt zijn neergelegd in artikel 38 van de Wet Bopz. Maar het in dat artikel centraal gestelde behandelingsplan heeft een beperkte therapeutische doelstelling: het is erop gericht de stoornis zo te verbeteren dat het gevaar, op grond waarvan de patiënt werd opgenomen, wordt weggenomen. Behandeling die buiten de doelstelling van artikel 38 valt, de behandeling van een somatische aandoening daaronder begrepen, wordt beheerst door de regels van de WGBO. Ook de regeling in artikel 38 van de Wet Bopz heeft als uitgangspunt de toestemming van de patiënt voor de behandeling. Het eerste lid van dit artikel schrijft voor dat zo spoedig mogelijk na de gedwongen opname een behandelingsplan moet worden opgesteld, waarover met de patiënt of diens vertegenwoordiger overeenstemming moet worden bereikt. Van dwangbehandeling krachtens de Wet Bopz is sprake als het behandelingsplan wordt uitgevoerd zonder dat daarover met betrokkene of diens vertegenwoordiger overeenstemming is bereikt of als de patiënt zich tegen een overeengekomen behandelingsplan verzet. Een dergelijke gedwongen toepassing van het behandelingsplan kan slechts plaatsvinden «voor zover dat volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden» (artikel 38, vijfde lid, van de Wet Bopz). Met andere woorden: dwangbehandeling krachtens artikel 38, vijfde lid, van de Wet Bopz is gedwongen toepassing van het behandelingsplan en kan daardoor noodzakelijkerwijs alleen gericht zijn op de stoornis die betrokkene gevaar doet veroorzaken.

In het geval dat een gedwongen opgenomen patiënt zich bijvoorbeeld verzet tegen een noodzakelijk te achten ingrijpende operatie zal dus bepaald moeten worden of er terzake van de operatie sprake is van wilsonbekwaamheid van de patiënt. Indien betrokkene «niet in staat moet worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake» dan kan op grond van de regeling in de WGBO zonder toestemming van de betrokkene, maar met toestemming van diens vertegenwoordiger worden geopereerd. Indien de patiënt zich verzet tegen een verrichting van ingrijpende aard, waarvan in dit voorbeeld sprake is, dan kan de operatie worden uitgevoerd als deze kennelijk noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Indien moet worden aangenomen dat betrokkene wilsbekwaam is, dan moet het verzet worden gerespecteerd. De in de WGBO geopende mogelijkheid tot behandeling ondanks verzet van de patiënt beperkt zich tot wilsonbekwamen. Somatische behandeling van een zich daartegen verzettende, wilsbekwame patiënt is krachtens de WGBO en krachtens de Wet Bopz niet mogelijk.

Kabinetsstandpunt

Naar de mening van het kabinet is de boven weergegeven regeling en het op grond daarvan te maken onderscheid tussen «behandeling gericht op verbetering van de stoornis zodat het gevaar wordt weggenomen» (artikel 38-behandeling) en andere behandelingen voldoende duidelijk.

2.3 Het bereidheidscriterium (aanbeveling 4)

Inleiding

Met de invoering van het bereidheidscriterium in de Wet Bopz is een systeemwijziging doorgevoerd ten opzichte van de Krankzinnigenwet die met name effecten heeft voor mensen die ten aanzien van opname geen bereidheid tonen, maar ook geen bezwaar kenbaar maken. Onder de Krankzinnigenwet kwam de procedure voor gedwongen opname uitsluitend aan de orde bij mensen die zich tegen opname verzetten (het

bezwaar- of verzetscriterium). De Wet Bopz vereist voor een vrijwillige opname «de nodige» bereidheid (het bereidheidscriterium). Als gevolg daarvan moet voor patiënten die niet tot opname bereid zijn, maar ook geen verzet kenbaar maken, onder de Wet Bopz de procedure voor een gedwongen opname worden doorlopen. Onder de Krankzinnigenwet kon die categorie vrijwillig opgenomen worden. De keuze voor het bereidheidscriterium in de Wet Bopz is gebaseerd op de gedachte dat er van vrijwilligheid sprake is als betrokkene blijk geeft van instemming met de opname. In alle andere gevallen kan sprake zijn van vrijheidsbeneming, waarbij rechtsbescherming moet worden geboden. Een en ander conform de uit het Europees Verdrag inzake de Rechten van de Mens en de Grondwet voortvloeiende vereisten.

Psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg

De procedure voor de toetsing van de noodzaak en de rechtvaardiging van opname van personen die geen bereidheid, maar ook geen verzet kenbaar maken is anders voor de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg dan voor de psychiatrie. In de psychiatrie vindt toetsing door de rechter plaats, terwijl in psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg toetsing plaatsvindt door een indicatiecommissie (artikel 60). Daarbij wordt in laatstgenoemde sectoren ook een toegespitst gevaarscriterium gehanteerd. Gevaar wordt aanwezig geacht als betrokkene zich ten gevolge van zijn stoornis niet buiten de instelling kan handhaven.

Effecten van invoering van het bereidheidscriterium

Het beoogde effect van introductie van het bereidheidscriterium is het bieden van meer rechtsbescherming bij opname van mensen die geen bereidheid en verzet tonen. Tijdens de parlementaire behandeling van de Wet Bopz bestond de vrees dat het aantal procedures voor gedwongen opnamen – met name in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicapten – sterk zou stijgen omdat er een verschuiving zou optreden in de richting van vrijwillige opnamen naar gedwongen opnamen. Bezorgdheid is ook geuit over mogelijke nadelige gevolgen van invoering van het bereidheidscriterium voor de problematiek van verkommerden en verloederden. Gevreesd werd dat een deel van die populatie die vroeger nog vrijwillig kon worden opgenomen (doordat men noch bereidheid noch bezwaar tegen opname toonde), niet zou voldoen aan de criteria voor gedwongen opname, met name het gevaarscriterium. Als opname achterwege blijft, ontstaat het risico dat die mensen niet de zorg ontvangen die voor hen noodzakelijk is. De regering heeft tijdens de parlementaire behandeling van de Wet Bopz de Eerste Kamer toegezegd dat bij de evaluatie van de wet «indringend aandacht» zou worden geschonken aan de wijze waarop deze eis in de praktijk uitwerkt.

Bevindingen van de Evaluatiecommissie

In het evaluatieonderzoek is geen duidelijke verschuiving in de verhouding tussen vrijwillige en gedwongen opnamen geconstateerd. Dit lijkt erop te duiden dat de groep die geen bereidheid en geen verzet toont, in de psychiatrie slechts een beperkt aantal mensen omvat, in tegenstelling tot de andere sectoren. Dit werd overigens ook al tijdens de parlementaire behandeling van de Wet Bopz verondersteld. Wel kan worden geconstateerd dat het aantal inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen is toegenomen. Die stijging van het aantal gedwongen opnamen werd echter reeds onder de Krankzinnigenwet waargenomen. Er is sinds de inwerkingtreding van de Wet Bopz sprake van voortzetting van een reeds ingezette ontwikkeling. De Evaluatiecommissie is dan ook van

mening dat op grond van de summiere beschikbare gegevens mag worden geconcludeerd dat de Wet Bopz op zichzelf niet heeft geleid tot een toename van het aantal gedwongen opnamen.

Negatieve effecten

Over het mogelijk negatieve effect van de beoordelingscriteria van de Wet Bopz op de problematiek van verkommerden en verloederden komt de Evaluatiecommissie tot de slotsom dat uit het evaluatieonderzoek vooralsnog niet blijkt dat de huidige opnamecriteria verkommering en verloederding in de hand werken. Desalniettemin vraagt de Evaluatiecommissie zich af of de wetgever met het bereidheids criterium een verstandige keuze heeft gemaakt. De Evaluatiecommissie stelt dat «negatieve invloed op de therapeutische relatie» en «onnodig belastend voor maatschappelijke positie van mensen» als extra argumenten tegen toepassing van het bereidheids criterium zijn aangevoerd. De Evaluatiecommissie geeft om die redenen het kabinet in overweging om het bereidheids criterium weer te vervangen door het bezwaarcriterium. De Evaluatiecommissie merkt op dat de in de praktijk sterk gevoelde behoefte aan een goed evenwicht tussen «zorg» en «bescherming» voor de psychiatrie mogelijk beter gediend is met het oude systeem waarin het bezwaarcriterium een centrale rol speelde. Daarbij wordt door de Evaluatiecommissie ook een relatie gelegd met een mogelijk positief effect op de problematiek van verkommerden en verloederden. Die zouden dan weer makkelijker en op vrijwillige basis opgenomen kunnen worden.

Kabinetsstandpunt

Het kabinet is van oordeel dat er vooralsnog geen grond is voor wijziging van de wet op het punt van het bereidheids criterium. De suggestie van de Evaluatiecommissie ten aanzien van het bereidheids criterium lijkt voornamelijk samen te hangen met de discussie over de problematiek van gedwongen opname en verblijf en een aantal nieuwe ideeën die daarover de laatste jaren zijn opgekomen, en minder met de onderzoeksgegevens. Als een belangrijk nadeel van het voorstel van de Evaluatiecommissie ziet het kabinet dat de nieuwe verworvenheden op het gebied van rechtsbescherming voor de groep «geen bereidheid/geen bezwaar» weer teniet zouden worden gedaan. Daarmee zou in belangrijke mate afbreuk worden gedaan aan de centrale doelstelling van de Wet Bopz. Deze doelstelling is gericht op het bieden van rechtsbescherming rondom vrijheidsbeneming en dwangtoepassing. Voor de oplossing van de problematiek van verkommering en verloederding geldt dat het kabinet in algemene zin kiest voor een andere oplossingsrichting dan wijziging van de criteria van de Wet Bopz (zie paragraaf 4.1). Hoewel daarover geen exacte gegevens beschikbaar zijn, bestaat naar verwachting de groep «verkommerden en verloederden» voor een groot deel uit mensen die zich tegen opname verzetten. Zowel bij hantering van het bezwaar- als het bereidheids criterium zal voor deze mensen slechts een gedwongen opname kunnen worden gerealiseerd, indien aan het gevaars criterium is voldaan. Daarin is geen verschil tussen de situatie onder de Krankzinnigenwet en de Wet Bopz. Gedwongen opname impliceert toetsing of betrokkene voldoet aan de daarvoor gestelde criteria. Met name gaat het om het gevaars criterium en het ultimatum remedium criterium. Dat werpt een drempel op voor het realiseren van opname. Gezien de zwaarte van de inbreuk op fundamentele rechten, acht het kabinet een dergelijke drempel noodzakelijk. Voor verkommerden en verloederden die

verstoken blijven van noodzakelijke zorg doordat ze zich tegen opname verzetten, zou een terugkeer tot het bezwaarcriterium geen oplossing bieden. Vervanging van het bereidheidscriterium door het bezwaarcriterium heeft alleen effect voor verkommerden en verloederden die zich niet tegen opname verzetten, maar ook geen bereidheid laten blijken. Zoals opgemerkt gaat het hier vermoedelijk om een kleine groep. Bij de volgende evaluatie zal het kabinet laten onderzoeken of deze aanname inderdaad juist is.

Samenvattend is het kabinet van mening dat met de vervanging van het bereidheidscriterium door het bezwaarcriterium de door de Wet Bopz beoogde extra rechtsbescherming voor de groep geen bereidheid/geen bezwaar weer teniet zou worden gedaan. De bijdrage die de wijziging zou leveren aan de oplossing van de problematiek van verkommerden en verloederden is waarschijnlijk ook niet substantieel. Het kabinet kiest om deze redenen dan ook op dit moment niet voor deze optie.

Kinder- en jeugdpsychiatrie en de Wet Bopz (aanbeveling 5)

Inleiding

De Wet Bopz geldt ook voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. De gedachte die daaraan ten grondslag ligt, is dat indien jeugdigen geconfronteerd worden met dwang en vrijheidsbeperkingen ook zij recht hebben op adequate rechtsbescherming. De Wet Bopz bevat aparte regels voor jeugdigen ten aanzien van de bereidheid tot opname en de bevoegdheid om beslissingen te kunnen nemen ten aanzien van de behandeling. Een jeugdige van twaalf jaar of ouder wordt in beginsel in staat geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen (wilsbekwaam) ten aanzien van zijn behandeling.

Bevindingen van de Evaluatiecommissie

In instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie vindt gedwongen opname van jeugdigen nog slechts zelden plaats. Een belangrijke reden daarvan is dat in deze sector zoveel mogelijk wordt getracht een gedwongen opname te voorkomen. Een gedwongen opname zou bijzonder nadelig zijn voor de behandelrelatie tussen de jeugdigen en de ouders met de hulpverleners. Wel worden in kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast. Dit gebeurt veelal op grond van pedagogische motieven. Beoordeeld wordt of de vrijheden van een jeugdige in het belang van de opvoeding moeten worden beperkt. Aan de omstandigheid dat toepassing van die pedagogische maatregelen de facto neerkomt op dwangbehandeling en het toepassen van middelen en maatregelen ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties, wordt door de sector zelf geen betekenis toegekend. De vereisten voor dwangbehandeling en de toepassing van middelen en maatregelen in de Wet Bopz worden dan ook vrijwel niet in acht genomen. Dit leidt ertoe dat niet alleen op jeugdigen die gedwongen zijn opgenomen, maar ook op vrijwillig opgenomen jeugdigen, dwang wordt toegepast en dat hun vrijheidsrechten worden beperkt. Deze dwangtoepassing wordt wel gemeld aan de Inspectie maar er wordt geen rechterlijke machtiging aangevraagd. Desondanks stelt de Evaluatiecommissie dat op het moment van de eerste evaluatie van de Wet Bopz nog te vroeg is om te concluderen of de Wet Bopz al dan niet geschikt is voor deze sector.

Kabinetsstandpunt

Het kabinet is met de Evaluatiecommissie van oordeel dat op dit

moment onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om te concluderen dat de Wet Bopz al dan niet geschikt is voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. In dit verband acht het kabinet het mede van belang dat eerst in 1996 is besloten de uitbreiding van het aantal Bopz-plaatsen met 112 bedden, die nodig zijn voor de uitvoering van de Wet Bopz in de sector kinder- en jeugdpsychiatrie, te realiseren. Wèl is het kabinet van oordeel dat in een volgende evaluatie wederom bijzondere aandacht aan de toepassing van de Wet Bopz in deze sector moet worden besteed. Ook kan het kabinet zich vinden in de aanbeveling van de Evaluatiecommissie om de mogelijkheden tot verbetering van het werken met de Wet Bopz in deze sector te onderzoeken. Daarin dient tevens expliciet aandacht te worden besteed aan de verhouding tussen dwangtoepassing op grond van de Wet Bopz en de specifiek voor die sector gehanteerde pedagogische dwangmaatregelen.

De «nodige» bereidheid (aanbeveling 6)

In de toetsing of daadwerkelijk sprake is van de «nodige» bereidheid is de scheiding tussen gedwongen opname en gedwongen behandeling één van de kernpunten in de regeling van rechtspositie van gedwongen opgenomen patiënten in de Wet Bopz. Ook na een gedwongen opname is in beginsel slechts behandeling mogelijk indien betrokkene of diens vertegenwoordiger daarvoor toestemming geeft. Bij de beoordeling of betrokkene al dan niet gedwongen opgenomen moet worden, speelt strikt genomen de houding van betrokkene ten opzichte van behandeling geen rol. Maar in de praktijk kan dit anders liggen. Met name wanneer een behandelaar voor zijn reeds in het ziekenhuis verblijvende patiënt een gedwongen verblijf aanvraagt. Veelal wordt daarmee een dwangbehandeling beoogd, omdat dwangbehandeling van vrijwillig opgenomen patiënten wettelijk niet is toegestaan. In de praktijk is in dat verband de vraag gerezen of aan het bereidheids criterium is voldaan als iemand wel bereid is tot opname of voortzetting van het verblijf in de instelling, maar niet tot het ondergaan van een bepaalde behandeling. Die vraag kan overigens ook rijzen bij opname vanuit de maatschappij. Bij de totstandkoming van de Wet Bopz is de exacte betekenis die aan het bereidheids criterium moet worden gehecht in het midden gelaten. De wetgever heeft met de formulering «de nodige bereidheid» een beoordelingsmarge willen aangeven. De beoordeling of in een concreet geval al dan niet sprake is van bereidheid tot opname moet grotendeels in de praktijk gestalte krijgen.

Bevindingen van de Evaluatiecommissie

De Evaluatiecommissie constateert dat in een aantal recente rechterlijke uitspraken een weigering tot het ondergaan van een bepaalde behandeling gelijk wordt gesteld aan het ontbreken van bereidheid tot opname of verder verblijf. In die gevallen wordt dan een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging afgegeven. Dit zou op gespannen voet staan met de wettekst waaruit volgt dat inbewaringstelling of rechterlijke machtiging niet mag worden verleend indien betrokkene bereid is tot opname. De Evaluatiecommissie signaleert in dezen een ontwikkeling waarbij het door de wetgever bedoelde scherpe onderscheid tussen gedwongen opname en dwangbehandeling dreigt te vervagen.

Kabinetsstandpunt

Het kabinet onderschrijft de opmerkingen van de Evaluatiecommissie met betrekking tot het belang van het handhaven van een scherp onderscheid tussen dwangopname en dwangbehandeling.

deling. Het kabinet onderkent ook dat door sommige van de rechterlijke uitspraken, waarin de afwezigheid van bereidheid tot opname dan wel voortzetting van verblijf wordt afgeleid uit een behandelweigerings, het scherpe onderscheid lijkt te vervagen. De Hoge Raad heeft zich over deze kwestie uitgesproken (HR 7 april 1995, NJ 1995, 616). De Hoge Raad gaat er vanuit dat de wet de rechter met het begrip «de nodige bereidheid» enige beoordelingsruimte biedt. De Hoge Raad geeft aan dat bij weigering van een behandeling niet zonder meer mag worden geconcludeerd dat sprake is van het ontbreken van de nodige bereidheid. Maar de Raad acht het wel mogelijk dat zich gevallen voordoen waarin de weigering mee te werken aan een behandeling, die noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt af te wenden, grond kan opleveren voor het oordeel dat de nodige bereidheid tot opname ontbreekt. Een en ander moet steeds worden gezien in het licht van de omstandigheden van het specifieke geval. Dit betekent naar de mening van het kabinet dat slechts in uitzonderlijke situaties de behandelingsweigerings kan worden opgevat als het ontbreken van de nodige bereidheid tot opname of verblijf. Verdere jurisprudentie op dit zal worden afgewacht.

2.4 Ultimum remedium criterium (aanbeveling 7)

Inleiding

De voorwaarde in de Wet Bopz dat «duidelijk moet zijn dat het gevaar niet op andere wijze dan via een gedwongen opname kan worden afgewend» is nieuw in vergelijking met de Krankzinnigenwet. Uitgangspunt bij dit criterium is dat een gedwongen opname een uiterste middel is om een gevaarssituatie op te lossen. Dit criterium sluit aan bij het algemene beginsel dat bij vrijheidsbeneming terughoudendheid is geboden. Daarnaast sluit het ook aan bij inhoudelijke discussies over de zin en gevolgen van (gedwongen) psychiatrische opname. Bij alternatieve mogelijkheden om gevaar af te wenden kan worden gedacht aan maatschappelijke dienstverlening en thuiszorg, het elders onderbrengen van betrokkene, medicatie en ambulante psychiatrische behandeling. Deze alternatieve mogelijkheden worden elders in deze nota meer uitvoerig besproken.

Bevindingen van de Evaluatiecommissie

Het evaluatieonderzoek duidt er op dat het ultimum remedium criterium vooral een impliciete rol vervult in het proces dat vooraf gaat aan het uitschrijven van de geneeskundige verklaring. Bij de beoordeling van een vordering door de rechter wordt door de rechter marginaal aan het criterium getoetst. De Evaluatiecommissie beveelt dan ook aan dat gezien moet worden hoe met name in de fase voorafgaand aan het uitschrijven van de geneeskundige verklaring inhoud aan dit criterium kan worden gegeven. Het creëren van alternatieven voor gedwongen opnamen zou in dit verband een vast punt van aandacht moeten zijn in regionaal overleg tussen politie, justitie en RIAGG (zie ook aanbeveling 13).

Kabinetsstandpunt

Het kabinet vindt het wenselijk dat op een structurele manier wordt gezien wat de mogelijkheden zijn om gevaar af te wenden om te voorkomen dat de situatie gaat escaleren. Nieuwe vormen van zorg en hulp in de GGZ zijn van groot belang als het gaat om alternatieven die wellicht een gedwongen opname kunnen voorkomen. Professionele hulpverlening kan bijdragen aan

vermindering van dreigend gevaar. Deze vormen van hulp zijn overigens het meest effectief als ze in samenwerking met andere circuits worden toegepast. Het is ook zeer belangrijk dat naast hulpverlening op het terrein van de GGZ andere, vaak minder ingrijpende alternatieven worden ingezet om gevaar af te wenden. Een belangrijke voorwaarde is dat de betrokken hulpverleningsorganisaties op het moment dat hulp wordt ingeroepen, voldoende deskundigheid bezitten, voldoende de tijd nemen om alternatieven te zoeken en voldoende zijn voorbereid om deze alternatieven ook daadwerkelijk tot uitvoer te brengen. Het kabinet zal bezien of de totstandkoming van samenwerking op dit punt voldoende gestalte krijgt of verdere stimulering behoeft. Voor nadere beleidsvoornemens over dit onderwerp verwijst het kabinet naar de brieven van de Minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake de openbare geestelijke gezondheidszorg (Kamerstukken II 1996–1997, 25 424, nr. 2) en inzake de maatschappelijk opvang (Kamerstukken II, 1997–1998, 25 682, nr. 1).

2.5 Rechterlijke machtiging en inbewaringstelling (aanbeveling 8 tot en met 15)

Inleiding

De procedures voor een rechterlijke machtiging en een inbewaringstelling zijn door de Evaluatiecommissie in haar eindrapport uitvoerig aan de orde gesteld. Naast de procedures zelf wordt de rol van het openbaar ministerie op verschillende punten ter discussie gesteld.

Openbaar ministerie

* aanwezigheid van de officier van justitie op de zitting (aanbeveling 8)

In het evaluatierapport wordt aandacht gevraagd voor de rol van de officier van justitie in de procedure voor gedwongen opname. Geconstateerd wordt dat de officier van justitie doorgaans niet op de zitting aanwezig is. De Wet Bopz vereist zijn aanwezigheid ook niet. De wel aanwezige familieleden en psychiater ervaren deze afwezigheid als belastend omdat zij dan de vordering zelf moeten verwoorden. De achtergrond van het ontbreken van de aanwezigheidsplicht voor de officier van justitie is gelegen in de rol die de wet hem bij de machtigingsprocedures heeft toegekend. Indien er een verzoek van de familie om een vordering in te stellen ligt, is de rol van de officier zeer beperkt. Hij is dan immers ingevolge artikel 6, eerste lid, van de Wet Bopz verplicht een vordering in te stellen, tenzij hij het verzoek kennelijk ongegrond acht of als het verzoek, zonder dat er nieuwe feiten worden aangedragen, wordt gedaan met betrekking tot een patiënt van wie nog geen jaar tevoren een vordering is afgewezen. Bij de behandeling van de vordering op de zitting is de rol van de officier marginaal. De rechter moet ter zitting de gegrondheid van de vordering en dus van het verzoek beoordelen. Degene die het verzoek heeft gedaan of de naaste relaties van de patiënt en de behandelend psychiater spelen daarbij een cruciale rol. In artikel 8, vierde lid, van de Wet Bopz is dit tot uitdrukking gebracht door voor te schrijven dat de rechter zich door deze personen moet laten voorlichten en hen zelfs kan verplichten te verschijnen. Een ter zitting aanwezige officier van justitie zal deze rol niet kunnen overnemen.

Kabinetsstandpunt

In aanbeveling 8 wordt er door de Evaluatiecommissie voor gepleit te bevorderen dat de officier van justitie in het belang van

de familie en de psychiater aanwezig is bij de behandeling van zijn vordering door de rechter. Gelet op het vorenstaande zijn wij van mening dat een verplichte aanwezigheid van de officier van justitie op de zitting onvoldoende oplossing biedt voor de door de familie en psychiater gevoelde problemen, omdat hun onmiskenbare moeilijke rol daardoor niet wezenlijk zal veranderen. Overigens wijst het kabinet op de omstandigheid dat het Openbaar Ministerie zich momenteel op verzoek van de Procureur-Generaal bij de Hoge Raad bezint op de invulling van zijn andere dan strafvorderlijke taken. Het ligt in de bedoeling een ordening en rubricering aan te brengen en te bepalen wat het Openbaar Ministerie op dat gebied doet en of dit voor de toekomst bijstelling behoeft. Daaronder vallen ook ingevolge de Wet Bopz aan het Openbaar Ministerie opgedragen taken. De aanbevelingen van de Evaluatiecommissie zullen daarbij worden betrokken. Indien dit onderzoek zou leiden tot een herijking in algemene zin van de taken van het Openbaar Ministerie, buiten het gebied van strafvordering, zal dit te zijner tijd ook gevolgen kunnen hebben voor de taken van het openbaar ministerie in het kader van de Wet Bopz en kunnen leiden tot een gewijzigd standpunt.

* Bezoekplicht van de officier van justitie (aanbevelingen 9 en 10)

a) psychiatrie

Artikel 67 van de Wet Bopz verplicht de officieren van justitie op onbepaalde tijden de bij besluit van de Ministers van Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen psychiatrische ziekenhuizen in hun ambtsgebied te bezoeken met het doel na te gaan of niemand wederrechtelijk wordt opgenomen of daar verblijft. Zij dienen aandacht te besteden aan de juiste uitvoering van de regeling met betrekking tot de ontneming van gevaarlijke voorwerpen, de toepassing van beperkende maatregelen op grond van artikel 40 van de Wet Bopz, de verlof- en ontslagregeling en de naleving van de voorschriften met betrekking tot de bescheiden voor opname en verblijf. De bezoekplicht is bij de Regeling bezoekplicht officieren van justitie Bopz voorgeschreven voor de algemene psychiatrische ziekenhuizen. Bij de evaluatie is geconstateerd dat in het algemeen wordt voldaan aan de bezoekplicht. Uit de toegezonden verslagen omtrent de bezoeken blijkt niet dat alle in artikel 67 Wet Bopz genoemde aandachtspunten ook daadwerkelijk aandacht krijgen. Verder valt op dat de verslagen inhoudelijk sterke verschillen vertonen.

Kabinetsstandpunt

Met de Evaluatiecommissie (aanbeveling 9) is het kabinet van oordeel dat een modelrapportage de toezichthoudende taak van het Openbaar Ministerie kan verbeteren. Een dergelijk model zal in samenwerking met het Openbaar Ministerie worden ontwikkeld. Verwacht mag worden dat een dergelijk model in alle arrondissementen zal worden gehanteerd. Een wettelijke bepaling waarin het model verplicht wordt voorgeschreven, lijkt ons dan ook niet noodzakelijk.

b) psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptensector

De bezoekplicht geldt niet voor instellingen voor psychogeriatric en verstandelijk gehandicapten. De achtergrond hiervan is dat een bezoekplicht voor alle Bopz-instellingen zou leiden tot een dermate grote uitbreiding van de werkzaamheden van het Openbaar Ministerie dat zulks praktisch niet uitvoerbaar zou zijn. De uitsluiting van deze sectoren is mede gebaseerd op het feit dat bij deze instellingen elke opname wordt voorafgegaan door een zorgvuldige en met waarborgen omklede

beslissing van een indicatiecommissie. Niet alleen wordt getoetst of de opname noodzakelijk is, maar ook of de betrokkene zich niet tegen opname verzet. Dit behelst al een waarborg tegen wederrechtelijk verblijf. Bovendien is een deel van de punten waaraan de officieren bij hun bezoeken aandacht moeten besteden, zoals de juiste toepassing van de regeling omtrent verlof en ontslag of toepassing van artikel 40 van de wet, in deze sectoren niet of slechts deels van toepassing. Deze argumenten gelden nog steeds.

Kabinetsstandpunt

De Evaluatiecommissie beveelt aan (aanbeveling 10) te overwegen in welke situaties de bezoekplicht van de officieren van justitie het meest waardevol kan worden aangewend en daarbij met name de andere sectoren dan de psychiatrie te betrekken. Gezien het vorenstaande is het kabinet van oordeel dat voor een uitbreiding van de bezoekplicht tot de andere sectoren geen aanleiding is. De taken en aandachtspunten die betrokken dienen te worden bij de bezoeken zien bovendien niet op de door de Evaluatiecommissie gesignaleerde tekortkomingen in deze sectoren.

Procedure tot inbewaringstelling (aanbeveling 11)

Artikel 20 van de Wet Bopz bepaalt dat een last tot inbewaringstelling wordt gegeven door de burgemeester. Hij kan die taak overdragen aan een wethouder. Wij achten het van groot belang dat de wettelijke regeling omtrent de procedure tot inbewaringstelling wordt nageleefd. Gelukkig gebeurt dit ook vrij algemeen. De toetsing of overeenkomstig de wet is gehandeld, gebeurt door de rechter. Toetsing vindt plaats in het kader van de voortzetting van de inbewaringstelling of bij de behandeling van een verzoek tot schadevergoeding als bedoeld in artikel 28 van de wet, wegens onrechtmatigheid van de last. Uit de rechtspraak blijkt dat deze toetsing ook daadwerkelijk geschiedt. Dit neemt niet weg dat door een aantal gemeenten de regeling kennelijk als belastend wordt ervaren. Dit heeft geleid tot buitenwettelijke oplossingen. Bij het evaluatieonderzoek is gebleken dat in een aantal gemeenten de bevoegdheid aan een ander dan een wethouder wordt gemandateerd. Voorts wordt in een aantal gemeenten gewerkt met blanco getekende beschikkingen.

Kabinetsstandpunt

Het kabinet zal op korte termijn in overleg treden met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten om te bezien of er een draaiboek kan worden opgesteld waarin de procedure voor de inbewaringstelling stapsgewijs wordt vastgelegd. Tevens moet worden bezien of een procedure kan worden ontworpen, waarbij met behulp van moderne communicatiemiddelen enerzijds wordt voldaan aan de wettelijke eisen en anderzijds de belasting voor degenen die bij de procedure zijn betrokken zo veel mogelijk wordt beperkt. Het kabinet meent hiermee aan aanbeveling 11 te zijn tegemoet gekomen, zij het in andere zin dan die aanbeveling suggereert.

Toevoegen raadsman (aanbeveling 12)

Artikel 22 van de Wet Bopz geeft de burgemeester de opdracht er zorg voor te dragen dat uiterlijk vanaf het tijdstip waarop de beschikking inhoudende de last tot inbewaringstelling wordt gegeven de betrokkene wordt bijgestaan door een raadsman. De artikelen omtrent de piketregeling voor de toevoeging van een raadsman aan een in verzekering gestelde verdachte zijn hiervoor van overeenkomstige toepassing

verklaard. Uit de evaluatie is naar voren gekomen dat door de formulering onduidelijkheid is ontstaan over het moment van toevoeging van de advocaat. Ook is de vraag of de bepaling impliceert dat direct na het afgeven van de beschikking, ook als deze wordt gegeven buiten kantooruren, een advocaat moet worden toegevoegd. Door de Dienst Rechtsbijstand en juridische beroepen van het Ministerie van Justitie is bij een aantal raden nagevraagd hoe in de praktijk de toevoegingsregeling wordt toegepast. Hieruit komt naar voren dat de inschakeling van de advocaat op korte termijn gebeurt, maar dat bij beschikkingen in de nachtelijke uren doorgaans wordt gewacht tot de volgende ochtend. Als gedurende de nacht de melding aan de advocaat wordt gedaan, bezoekt deze de patiënt op grond van een aantal praktische overwegingen toch later. Vaak is op het moment van de inbewaringstelling de plaats van opname nog niet bekend. De advocaat dient om efficiënt hulp te kunnen verlenen te beschikken over de geneeskundige verklaring. Het lijkt in veel gevallen niet in het belang van de patiënt om deze bij nacht en ontij te bezoeken met het oog op aanspreekbaarheid en psychische conditie van betrokkene.

Kabinetsstandpunt

Het kabinet is voornemens aanbeveling 12 van de Evaluatiecommissie om de toevoeging van een raadsman binnen 24 uur nadat de last tot inbewaringstelling is gegeven te realiseren, over te nemen en de wet op dit punt aan te passen.

Gestructureerd overleg tussen politie en hulpverlening (aanbeveling 13)

De Evaluatiecommissie heeft aangegeven dat met name de politie een prominente rol vervult bij de afwending van gevaar voordat een crisissituatie tot gedwongen opname leidt. Samenwerking, waaronder ook het maken van afspraken of het protocolleren van de procedures in crisissituaties is van groot belang.

Kabinetsstandpunt

Duidelijkheid over verantwoordelijkheden van de verschillende betrokkenen bij gedwongen opnamen zoals de burgemeester, de politie, en hulpverlenende instellingen als RIAGG en GGD, acht het kabinet noodzakelijk om adequaat en snel te kunnen reageren in crisissituaties. Bij de procedure tot inbewaringstelling zijn weliswaar meerdere personen of instanties betrokken, die ieder afzonderlijk een bepaald aandeel hebben, maar zij dienen ook hun gezamenlijke verantwoordelijkheid te nemen voor het proces in zijn geheel. Veelal is de politie de eerste schakel in dit proces: zij wordt geconfronteerd met een persoon die in een zorgwekkende toestand verkeert. Voordat tot een inbewaringstelling kan worden overgegaan, zal beoordeeld moeten worden of hulpverlening of opvang op een andere wijze aangewezen is. Daartoe is een goed functionerend netwerk van alle betrokkenen noodzakelijk. Het kabinet zal erop toezien dat dergelijke netwerken tot stand komen. Hierbij verwijst zij tevens verwijst naar de beleidsvoornemens op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg (Kamerstukken II 1996–1997, 25 424, nr. 2) en van de maatschappelijke opvang (Kamerstukken II 1997–1998, 25 682, nr. 1), alsmede naar paragraaf 4.1 van deze nota over verkommerden en verloederden.

Geneeskundige verklaring bij opname van een reeds vrijwillig opgenomen patiënt (aanbeveling 14)

Bij een verzoek voor een voorlopige machtiging voor een nog niet opgenomen patiënt, moet ingevolge artikel 5, eerste lid, van de Wet Bopz een geneeskundige verklaring van een psychiater worden overgelegd. Deze dient de betrokkene kort te voren hebben onderzocht. Deze psychiater mag niet bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn. Als het gaat om een reeds vrijwillig opgenomen patiënt vereist artikel 5, eerste lid, van de Wet Bopz, slechts een verklaring van de geneesheer-directeur. Daarbij wordt niet geëist dat de verklaring berust op een ten behoeve van deze verklaring verricht onderzoek. Bij de toepassing van de regeling is er als vanzelfsprekend van uitgegaan dat de verklaring moet berusten op een onderzoek. Aan de rechter is enige malen de vraag voorgelegd of de geneesheer-directeur zelf het onderzoek zou moeten verrichten of dat hij zijn verklaring zou kunnen baseren op een onderzoek verricht door een andere psychiater. Inmiddels is vaste jurisprudentie dat de geneesheer-directeur verantwoordelijk is voor de verklaring en deze ook dient te ondertekenen, maar dat hij zich daarbij kan baseren op door een andere psychiater verricht onderzoek. Het is mogelijk dat deze psychiater bij de behandeling van de patiënt is betrokken.

Kabinetsstandpunt

Omdat het kabinet objectiviteit bij deze beoordeling, waarvan de consequenties immers ingrijpend zijn, van belang acht zijn wij voornemens voorstellen te doen tot wijziging van artikel 5, eerste lid, van de Wet Bopz in die zin dat moet worden overgelegd een verklaring van de geneesheer-directeur van het ziekenhuis waarin betrokkene verblijft. Deze heeft de keuze de betrokkene ten behoeve van de verklaring zelf te onderzoeken, danwel de patiënt te laten onderzoeken door een psychiater die niet bij de behandeling betrokken is. Omdat dezelfde vraag zich voordoet bij de procedure van de machtiging tot voortgezet verblijf zal een vergelijkbare wijziging worden voorgesteld voor artikel 16, eerste lid, van de Wet Bopz. Aanbeveling 14 van de Evaluatiecommissie wordt hiermee overgenomen.

Machtiging tot voortgezet verblijf (aanbeveling 15)

Ingevolge artikel 16, vierde lid, van de Wet Bopz dient bij de vordering voor een machtiging tot voortgezet verblijf bij de verklaring van de geneesheer-directeur een afschrift van het behandelingsplan en een bericht over de stand van uitvoering daarvan te worden gevoegd. Uit het evaluatieonderzoek is naar voren gekomen dat met name rechters en advocaten de in de Krankzinnigenwet opgenomen eis prefereren dat ten behoeve van de voortzettingsbeslissing de wettelijke aantekeningen bij de vordering dienen te worden gevoegd. Deze zouden een betere bron van informatie bieden dan het behandelingsplan. Het is strikt genomen niet juist de wettelijke aantekeningen te vergelijken met het behandelingsplan. Deze aantekeningen dienen in het systeem van de Wet Bopz te worden vergeleken met de stand van uitvoering omtrent het behandelingsplan. Wat hier ook van zij, kennelijk is men van oordeel dat de informatievoorziening van de Wet Bopz onvoldoende inzicht verschaft om de noodzaak van de voortzetting te beoordelen.

Kabinetsstandpunt

Het kabinet komt aan aanbeveling 15 tegemoet door artikel 16, vierde lid, van de Wet Bopz aan te passen. In plaats van de stand van zaken omtrent de uitvoering van het behandelingsplan moeten gegevens worden overgelegd omtrent de geestelijke en

lichamelijke toestand van de patiënt, omtrent de op hem toegepaste behandeling en de effecten daarvan. Om een goede aansluiting te bewerkstelligen met het Besluit patiëntendossier Bopz zal artikel 2 van dit Besluit worden aangepast met de eis dat deze gegevens in het patiëntendossier worden vastgelegd.

2.6 Het proces van indicatiestelling (aanbeveling 16 tot en met 21)

Inleiding

De sectoren psychogeriatricie en verstandelijk gehandicaptenzorg zijn door invoering van de Wet Bopz geconfronteerd met nieuwe procedures en vereisten. Specifiek voor deze nieuwe sectoren is de regeling van de procedure van indicatiestelling voorafgaand aan de opname van mensen die daartoe geen bereidheid tonen maar ook geen bezwaar maken (artikel 60 van de Wet Bopz). De verantwoordelijkheid voor de Bopz-indicering is neergelegd bij de in die sectoren al bestaande indicatiecommissies. Voor een opname in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatricische instellingen waartegen betrokkene zich verzet, gelden wel de «gewone procedures» van gedwongen opname met een rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling. Op via de indicatieprocedure opgenomen patiënten is de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz gedeeltelijk van toepassing (zie artikel 61 van de Wet Bopz). Dat de beide «nieuwe» sectoren tijd nodig hebben om nieuwe werkwijzen te ontwikkelen en dat daarbij ook behoefte is aan informatie, verheldering en handreikingen is reeds bij de invoering van de Wet Bopz onderkend. Rondom de invoering van de wet zijn tal van voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd en brochures uitgegeven.

Bevindingen van de Evaluatiecommissie

Ondanks de reeds verrichte inspanningen om de indicatiecommissies voor te lichten, signaleert de Evaluatiecommissie tal van onduidelijkheden rondom termen en begrippen die een centrale rol spelen in het proces van indicatiestelling. Ook zijn er tal van vragen rondom «procedurele aspecten». Voor de sector psychogeriatricie wordt ditzelfde signaal ook teruggevonden in het onderzoek van de Inspectie Gezondheidszorg «De Wet Bopz in de verpleeghuiszorg». In de sector verstandelijk gehandicapten vindt er weinig indicatiestelling ex artikel 60 van de Wet Bopz plaats, waardoor weinig ervaringsgegevens beschikbaar zijn. Ten aanzien van een aantal meer procedurele aspecten van de indicatiestelling signaleert de Evaluatiecommissie eveneens behoefte aan verheldering. Verder wenst men meer uniformering in de vorm van procedureafspraken. In dat verband worden genoemd het moment van indicatiestelling, het moment van verzending van de brief over verzet of bezwaar, de betekenis van de handtekening (aanbeveling 18), maar ook de wijze van verslaglegging en rapportage door de indicatiecommissies (aanbeveling 20). De Evaluatiecommissie signaleert ook dat rondom de kwestie van de «herindicatie» van zittende bewoners in de praktijk nog onduidelijkheid bestaat bij zowel de instellingen als de indicatiecommissies (zie ook bij aanbeveling 30 en volgende).

De Evaluatiecommissie signaleert verder potentiële knelpunten rondom het gesloten systeem dat de Wet Bopz kent ten aanzien van het type instelling dat als Bopz-instelling aangemerkt kan worden. Op grond van de Wet Bopz kunnen mensen met een Bopz-indicatie alleen in Bopz-aangemerkte instellingen opgenomen worden. En alleen in deze instellingen kan de Wet Bopz een rechtsgrond bieden voor het opleggen van vrijheidsbeperkende maatregelen. In de ouderenzorg kunnen volgens

de Wet Bopz uitsluitend de (psychogeriatrische afdelingen van) verpleeghuizen worden aangemerkt als Bopz-instelling. Dit betekent dat alleen in die aangemerkte verpleeghuizen een rechtsgrond bestaat voor het opleggen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Wanneer het ziektebeeld van de patiënt vereist dat buiten het verpleeghuis vrijheidsbeperkende maatregelen worden opgelegd, zal deze patiënt volgens de Wet Bopz moeten worden overgeplaatst. De Evaluatiecommissie stelt voor de reikwijdte van de Wet Bopz uit te breiden naar andersoortige zorgvoorzieningen zoals somatische afdelingen van verpleeghuizen en afdelingen van verzorgingshuizen. Dergelijke instellingen en voorzieningen kunnen onder de huidige Wet Bopz niet als Bopz-instelling worden aangemerkt.

Kabinetsstandpunt

Voorlichting (aanbeveling 16)

Het kabinet vindt het belangrijk dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Inspectie en de koepelorganisaties regelmatig inventariseren en analyseren aan welke informatie en handreikingen voor uitvoering in de praktijk behoefte bestaat. Waar nodig zal extra ondersteuning bijvoorbeeld in de vorm van gerichte, specifieke voorlichting moeten worden geboden. Aan aanbeveling 16 van de Evaluatiecommissie inzake het geven van meer voorlichting aan indicatiecommissies over centrale begrippen in de wet zal dus gevolg worden gegeven. Van alle partijen zullen op grond van hun eigen verantwoordelijkheden en mogelijkheden de nodige inspanningen worden verwacht.

Het kabinet wijst er overigens op dat deze punten al veel gedaan is. De Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) heeft een informatieve reeks boekjes ontwikkeld. Met name noemen wij het deel «De Bopz in verpleeghuizen; enkele begrippen en hun toepassing in verpleeghuizen». De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft in samenwerking met de Inspectie een modelprotocol indicatiestelling ontwikkeld en voorlichtingsbijeenkomsten rond de Wet Bopz georganiseerd. De VNG heeft al langer ervaring met indicatiecommissies bij de ouderenzorg. Het zal bij toepassing van de «open begrippen» uit de Wet Bopz op concrete gevallen echter altijd nodig zijn dat de indicatiecommissie zelf inkleuring aan die begrippen geeft. Dergelijke interpretaties en taxaties in het individuele geval vormen de kern van de taak van de indicatiecommissies. Wellicht moeten de indicatiecommissies nog wennen aan die taak en de daaraan verbonden verantwoordelijkheden. Handreikingen voor de oplossing van dergelijke taxatieproblemen kunnen wel worden gegeven, maar een standaard die kan worden gebruikt voor alle door indicatiecommissies te beoordelen gevallen, is niet te leveren. Een deel van de «onduidelijkheid» zal dus door de indicatiecommissies in de concrete gevallen zelf moeten worden opgehelderd.

Herindicatie (aanbeveling 17)

Het overgangsrecht bij de invoering van de wet is zo ingericht dat ten aanzien van zittende bewoners in principe geen indicatie in het kader van de Wet Bopz hoeft te worden afgegeven. Dit wordt anders wanneer dwang of vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen moeten worden toegepast op een zittende bewoner. Dan dient alsnog een Bopz-indicatiestelling plaats te vinden. De indicatiecommissie zal moeten vaststellen of er bij betrokkene sprake is van «geen bereidheid, maar ook geen

bezwaar» inzake verblijf in de instelling. Op deze kwestie en de daarbij spelende interpretatie- en taxatieproblemen rondom centrale begrippen wordt ook in de recent verschenen IGZ-brochure «Behandelingsplan, dwangbehandeling en middelen & maatregelen» nader ingegaan. Het kabinet verwacht dat daardoor voldoende bijgedragen wordt aan de noodzakelijke helderheid.

Procedures (aanbeveling 18 en 20)

Een nadere uitwerking van de vereisten van de Wet Bopz is door de betrokken koepelorganisaties reeds ter hand genomen. De VNG heeft in het modelprotocol indicatiestelling op deze punten een aantal procedures vastgelegd. De NVVz heeft ook in brochures aandacht besteed aan procedure-afspraken. Tot op heden heeft dit de onduidelijkheid bij de indicatiecommissies niet weggenomen. Procedureafspraken lijken dus nog niet het beoogde effect te sorteren. De achtergrond van die onduidelijkheid zal door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport nader worden geanalyseerd en indien nodig zullen wetstermen worden aangepast (zie ook aanbeveling 30). Daarnaast zal met de Werkgroep Indicatiestelling en het Breed Indicatie Overleg gezocht worden naar mogelijkheden om de werkwijze van indicatiecommissies verder te protocolleren. Ondertussen staat het de indicatiecommissies zelf natuurlijk ook vrij om initiatieven te nemen om hun werkwijzen nader te expliciteren en in gezamenlijk overleg verder te uniformeren. Deze kunnen aangepast worden aan specifieke kenmerken van de sector waarin ze werkzaam zijn.

Opnameplicht (aanbeveling 19)

Voor introductie van een opnameplicht voor instellingen voor psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg voor Bopz-geïndiceerden ziet het kabinet onvoldoende grond. Bij de inbewaringstelling geldt in alle sectoren een opnameplicht. In de overige gevallen is hantering van het algemene urgentiesysteem binnen de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg aangewezen. In die urgentiesystemen worden diverse criteria gehanteerd om te bepalen of een patiënt dringend opgenomen moet worden. Dit is niet uitsluitend afhankelijk van de omstandigheid dat betrokkene Bopz-geïndiceerd is. Het huidige urgentiesysteem impliceert dat de urgentie van de opname van de Bopz-geïndiceerde op dezelfde wijze wordt beoordeeld als de urgentie van vrijwillig op te nemen patiënten. Introductie van een opnameplicht voor Bopz-geïndiceerden zou dit systeem doorkruisen en een voorrangsregeling voor Bopz-geïndiceerden impliceren. Het kabinet wil nadrukkelijk voorkomen dat de rechterlijke machtiging in combinatie met de opnameplicht gebruikt zou kunnen worden om plaatsing met voorrang te bewerkstelligen. Er is naar de mening van het kabinet geen rechtvaardiging aanwezig om aan Bopz-geïndiceerden als groep een hogere urgentie toe te kennen dan aan patiënten die vrijwillig opgenomen willen worden. Handhaving van de individuele beoordeling voorkomt dat vrijwillige patiënten als groep achtergesteld worden.

Reikwijdte (aanbeveling 21)

a) psychogeriatric

De Evaluatiecommissie signaleert knelpunten rondom het feit dat steeds meer ouderen met een geestesstoornis – psychogeriatric

trische ouderen – worden verpleegd en verzorgd buiten Bopz-instellingen. In de ouderenzorg kunnen volgens de Wet Bopz uitsluitend de psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen worden aangemerkt als Bopz-instelling. Dit betekent dat alleen die aangemerkte verpleeghuizen een rechtsgrond bezitten voor het opleggen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Wanneer buiten het verpleeghuis het ziektebeeld van de patiënt vereist dat vrijheidsbeperkende maatregelen worden opgelegd, zou deze patiënt volgens de Wet Bopz moeten worden overgeplaatst.

Dit stelsel wringt in toenemende mate met een beleid dat is gericht op het verleggen van patiëntenstromen naar de lichtst mogelijke zorgvorm c.q. zorgvoorziening. Ten gevolge van het beleid zoals verwoord in de beleidsbrief «Modernisering Ouderenzorg» wordt een steeds groter wordende groep ouderen van zorg voorzien op een andere locatie dan het (psychogeriatrische) verpleeghuis. Daarbij wordt ook de zorg voor ouderen met een psychogeriatrisch ziektebeeld steeds vaker buiten de muren van een verpleeghuis geboden. Zowel vanuit individueel zorginhoudelijk perspectief als vanuit algemeen beleidsinhoudelijk perspectief is het vaak ongewenst die ouderen in de laatste fase van hun leven nog over te plaatsen naar een (aangemerkt) verpleeghuis.

In verband daarmee stelt de Evaluatiecommissie voor de reikwijdte van de Wet Bopz uit te breiden naar andersoortige zorgvoorzieningen, zoals somatische afdelingen van verpleeghuizen en substitutieplaatsen in verzorgingshuizen. Het kabinet vindt deze oplossing een begaanbare weg, maar verwijst hierbij tevens naar belangrijke resterende vraagpunten bij de keuze voor deze oplossingsrichting: Hoe ver moet worden gegaan in de uitbreiding van de werkingssfeer van de Wet Bopz. Welke voorzieningen wel, en welke niet meer? Bij uitbreiding van de reikwijdte van de Wet Bopz is tevens van belang dat in de opleidingen van betrokken beroepsgroepen aandacht wordt besteed aan de kwaliteitseisen van de Wet Bopz, hetgeen ook van belang is in het kader van een goed arbeidsomstandighedenbeleid.

verzorgingshuizen

Het duidelijkste voorbeeld van niet-aangemerkte voorzieningen waar toch mensen met een psychogeriatrisch ziektebeeld verblijven zijn de verzorgingshuizen. Gezien het toenemende aantal psychogeriatrische ouderen in verzorgingshuizen en het signalement van de Inspectie hierover, ligt het in de rede om ook de verzorgingshuizen onder de reikwijdte van de Wet Bopz te brengen. Dit maakt het mogelijk voor de verzorgingshuizen om aangemerkt te worden als Bopz-instelling, wanneer dit gezien het ziektebeeld van een deel van de populatie noodzakelijk is. Hiermee verkrijgen ook verzorgingshuizen een rechtsgrond op basis waarvan eventuele vrijheidsbeperkende maatregelen, die noodzakelijk zijn op grond van het ziektebeeld van de patiënt, kunnen worden toegepast. Het uitbreiden van de reikwijdte kan evenwel niet zonder meer onbeperkt gebeuren.

Ten eerste verzorgen niet alle verzorgingshuizen psychogeriatrische ouderen; deze behoeven derhalve ook niet te worden aangemerkt.

Ten tweede stelt de Wet Bopz een aantal eisen om de interne en externe rechtspositie van de patiënt te kunnen garanderen; dat is

de essentie van de wet. Er moet onder meer sprake zijn van de aanwezigheid van een zorgplan en de medische verantwoordelijkheid moet geregeld zijn. Op dit moment voldoen niet alle verzorgingshuizen aan de eisen van de Wet Bopz.

Voor een deel zal sprake zijn van een ingroeitraject; een deel van de verzorgingshuizen zal niet aan de wettelijke eisen kunnen voldoen.

Dit kan betekenen, dat wanneer een verzorgingshuis op geen enkele wijze kan voldoen aan de voorwaarden van de Wet Bopz, een psychogeriatrische patiënt overgeplaatst moet worden. Aangezien overplaatsing vanuit individueel zorginhoudelijk perspectief niet gewenst is, zal dit slechts in het uiterste geval en uitsluitend met het oog op de belangen van de patiënt zelf dienen plaats te vinden. De Inspectie zal hierop toezien.

verpleegunit

In toenemende mate zullen er de komende tijd zogenaamde «verpleegunits» worden gerealiseerd. Een verpleegunit is een deel van een verzorgingshuis dat geschikt is gemaakt voor verpleeghuiszorg. Deze verpleegunit wordt doorgaans in samenwerking met een verpleeghuis gerealiseerd. Zowel de opgenomen populatie, als de organisatorische vormgeving van een verpleegunit vertoont grote overeenkomsten met een psychogeriatrische afdeling van een verpleeghuis. Gezien het bovenstaande kunnen de verpleegunits onder de werkingssfeer van de Wet Bopz worden gebracht. Nieuw op te richten units worden derhalve aangemerkt.

b) gezinsvervangende tehuizen

De door de Evaluatiecommissie gesuggereerde uitbreiding van de werkingssfeer van Wet Bopz naar gezinsvervangende tehuizen vindt het kabinet niet wenselijk. Het gezinsvervangend tehuis beoogt niet vierentwintig uur per etmaal verblijf te bieden, maar bewoners te stimuleren en te begeleiden bij een zo zelfstandig mogelijk bestaan. Het is mede daarom naar zijn aard een voorziening waarin geen sprake dient te zijn van gedwongen opname danwel gedwongen verblijf. Bovendien horen in het gezinsvervangende tehuis geen vrijheidsbeperkende middelen en maatregelen te worden toegepast. Derhalve is er geen aanleiding de reikwijdte van de wet naar dit type voorziening uit te breiden. Een en ander is overigens bij de parlementaire behandeling van de Wet Bopz al expliciet aan de orde geweest.

Vrijheidsbeperkingen

De door het kabinet voorgenomen uitbreiding van de werkingssfeer van de Wet Bopz lost slechts een deel van de problematiek op rond dwangtoepassing zonder wettelijke legitimatie. Het kabinet onderkent dan ook het belang van een nadere regeling rondom dwangtoepassing en vrijheidsbeperking in niet Bopz-aangemerkte instellingen. Formeel kan op mensen, opgenomen in niet Bopz-aangemerkte instellingen, weliswaar geen (Bopz-)dwang worden toegepast, maar feitelijk blijken vrijheidsbeperkende maatregelen in dergelijke instellingen wel voor te komen. De juridische grondslag voor een dergelijke handelwijze ontbreekt en bewoners moeten ook de rechtsbescherming van de Wet Bopz ontberen. Over deze problematiek zal het kabinet zich beraden op welke wijze een gewenste nadere regeling vormgegeven kan worden. Het betreft daarbij niet alleen een juridisch vraagstuk, maar ook een inhoudelijk, namelijk (on)mogelijkheden om patiënten in niet Bopz-aange-

merkte instellingen een adequate rechtsbescherming te garanderen bij de toepassing van dwang.

2.7 Verlof en ontslag (aanbeveling 22 tot en met 25)

Inleiding

De Wet Bopz kent een regeling rondom het verlenen van verlof en ontslag. Zowel verlof als ontslag kunnen onder voorwaarden worden verleend. Deze regeling is uitsluitend van toepassing op psychiatrische, psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte patiënten, die met een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling zijn opgenomen. Bij de verlof- en ontslagregeling van de Wet Bopz is een centrale rol weggelegd voor de geneesheer-directeur. Deze is bevoegd beslissingen te nemen rondom verlof en ontslag. Daarbij moet een aantal procedurele eisen in acht worden genomen, zoals het registreren van gegevens over de duur en de voorwaarden van het verlof en ontslag. De Wet Bopz voorziet in beroepsmogelijkheden bij de rechter.

Bevindingen van de Evaluatiecommissie

De Evaluatiecommissie heeft vastgesteld dat onvoldoende kwantitatieve gegevens omtrent verlof en ontslag beschikbaar zijn, danwel dat deze niet betrouwbaar zijn. De geringe toepassing van de verlof- en ontslagregeling in alle drie de sectoren acht de Evaluatiecommissie dan ook voor een aanzienlijk deel te wijten aan onvoldoende registratie van ontslag en verlof. Als algemeen beeld uit de onderzoeken komt naar voren dat de procedurele eisen voor verlof onvoldoende bekend zijn, of in ieder geval niet in acht worden genomen. Wel worden aan het verlenen van verlof vrijwel altijd voorwaarden verbonden. De Evaluatiecommissie heeft tevens geconstateerd dat ook de rechterlijke macht nog slechts op beperkte schaal geconfronteerd is geweest met verlof- en ontslagzaken. Het verlenen van ontslag is bovendien voornamelijk beperkt tot de psychiatrie. De regeling wordt in de drie sectoren verschillend toegepast.

Psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptensector

Verlofregeling van de instelling, lastenverlichting en voorlichting (aanbeveling 22, 24 en 25)

In de psychogeriatric- en in de verstandelijk gehandicapten sector is de toepassing van de verlof- en ontslagregeling marginaal. De Evaluatiecommissie acht het mogelijk dat het geringe aantal personen uit die sectoren, dat met een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling is opgenomen mede de oorzaak is voor de gevonden lage aantallen. In de psychogeriatric sector wordt verder doorgaans alleen kortdurend verlof verleend. In de verstandelijk gehandicapten sector stuit een aantal instellingen op problemen bij de verlofregeling voor langer dan 60 uur. De schriftelijke verklaring die moet worden afgegeven door de geneesheer-directeur, wordt veelal niet verstrekt bij kortdurende verloven. Bij verlof langer dan 60 uur wordt doorgaans geen overleg gepleegd met de inspecteur, terwijl dit vereiste wel in de Wet Bopz is opgenomen.

Kabinetsstandpunt

Het kabinet concludeert dat de betekenis van de verlofregeling van de Wet Bopz voor de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg marginaal is. Weliswaar wordt verlof in die sectoren wel verleend, maar daarbij worden de procedures, procedurele vereisten en administratieve verplichtingen van de

Wet Bopz niet nageleefd. Op dit moment bestaan in psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten twee regelingen voor het verlenen van verlof. Voor psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte patiënten, die met een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling zijn opgenomen, geldt de regeling van de Wet Bopz. Voor alle andere patiënten geldt een algemene regeling van de instellingen zelf. Ontslag is in die sectoren vanwege de chroniciteit van de patiënten nagenoeg niet aan de orde. In het licht van deze praktijk en de aanbeveling van de Evaluatiecommissie om de administratieve werkzaamheden – waar mogelijk – te beperken, is het kabinet van mening dat de verlofregeling van de Wet Bopz voor de psychogeriatrische- en verstandelijk gehandicapten sector kan worden geschrapt. Dit betekent dat instellingen in de psychogeriatrische en verstandelijk gehandicaptensector zelf de bevoegdheid krijgen patiënten verlof te verlenen en daarvoor een regeling te treffen.

In de optiek van het kabinet behoort dit tot verantwoorde zorgverlening van de instelling aan patiënten verlof te verlenen. Dit komt niet alleen ten goede aan de rechtsgelijkheid voor alle patiënten in die sectoren, maar heeft ook een aanzienlijke lastenverlichting tot gevolg voor de instellingen. Tevens komt het kabinet hiermee tegemoet aan de in aanbeveling 22 opgenomen wens om langduriger proefverloven mogelijk te maken. Zoals reeds is opgemerkt heeft de desbetreffende instelling, door het vervallen van de verlofregeling van de Wet Bopz, meer mogelijkheden om verlof te verlenen. Tot slot meent het kabinet dat daar waar behoefte bestaat aan voorlichting deze zal moeten worden gegeven. Het kabinet zal tezamen met de instellingen en koepelorganisaties moeten inventariseren voor welke onderdelen dit geldt.

Openstellen beroep op de rechter bij verzoek tot voorwaardelijk ontslag (aanbeveling 23)

Zowel de verlof- als de ontslagregeling kent de mogelijkheid van beroep op de rechter. Voor beide vormen van verlof, met of zonder voorwaarden, zijn de beroepsmogelijkheden bij de rechter gelijk. Deze zijn beperkt tot de intrekking van het verlof. Bij de weigering van het verlenen van een al of niet voorwaardelijk verlof staat derhalve geen beroep op de rechter open. Voor de ontslagregeling in de Wet Bopz is de mogelijkheid van beroep op de rechter niet voor beide vormen gelijk. Bij weigering van ontslag zonder voorwaarden, is beroep op de rechter mogelijk. Bij weigering van voorwaardelijk ontslag daarentegen niet. Intrekking van voorwaardelijk ontslag kan wel aan de rechter worden voorgelegd.

Kabinetsstandpunt

Het kabinet is van oordeel dat de rechtspositie van gedwongen opgenomen patiënten zoveel mogelijk moet zijn gewaarborgd. Het kabinet acht een beroepsmogelijkheid tegen een beslissing tot weigering van voorwaardelijk ontslag gerechtvaardigd. Om die reden is het kabinet voornemens om ten aanzien van weigering van voorwaardelijk ontslag een beroepsmogelijkheid te introduceren.

3 FUNCTIONEREN VAN DE INTERNE RECHTSPOSITIEREGELING

3.1 Psychiatrie (aanbeveling 26 tot en met 29)

Inleiding

In de afgelopen periode van invoering van de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz is de Evaluatiecommissie gebleken dat instellingen bij de uitvoering van de wet stuiten op onduidelijkheden. Deze onduidelijkheden hebben bijvoorbeeld betrekking op het onderscheid tussen dwangbehandeling en de toepassing van middelen en maatregelen ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties. Het is immers mogelijk dat dezelfde interventies worden toegepast in beide situaties. In de wet staat dat ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties – naast de toepassing van het behandelingsplan – uitsluitend bij algemene maatregel van bestuur aangewezen middelen en maatregelen kunnen worden toegepast. In de praktijk komt het voor dat een noodsituatie niet wordt opgevat als een onvoorziene situatie maar als een acute situatie waarin snel gehandeld moet worden. Dit kan betekenen dat een maatregel die tot doel heeft gevaar af te wenden herhaaldelijk wordt toegepast en als middel en maatregel wordt gemeld in plaats van als vorm van dwangbehandeling te worden opgenomen in het behandelingsplan. Ook is de Evaluatiecommissie gebleken dat de instellingen nog lang niet alle huisregels, beleidsnota's, protocollen en andere voorschriften voldoende hebben aangepast aan de wettelijke bepalingen in de Wet Bopz.

Kabinetsstandpunt

Wettelijke voorschriften (aanbeveling 26)

In de beginfase van de invoering van de Wet Bopz is een aantal informatiebijeenkomsten georganiseerd in samenspraak met het toenmalige Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Daarnaast hebben de koepels in de onderscheiden sectoren een aantal activiteiten uitgevoerd, onder andere door de uitgave van een reeks brochures, om de toepassing van de Wet Bopz in de sector te optimaliseren. Ook in de toekomst zal hier tijdens het periodiek overleg van VWS met de koepels aandacht aan worden besteed. In de volgende evaluatie zal moeten blijken of deze activiteiten hebben geleid tot een verbetering. Door de Inspectie wordt in de algemene toezichthoudende taken aandacht besteed aan de interne rechtspositieregeling voor de patiënten. Ook is door de Inspectie rond dit onderwerp een aantal thematische onderzoeken uitgevoerd zoals «De Wet Bopz in de verpleeghuiszorg» en «Zorg onder beperking».

Dwangbehandeling en middelen en maatregelen (aanbeveling 27 en 28)

Uitgangspunt van de wet is dat alleen behandeling van een gedwongen opgenomen patiënt mag plaatsvinden als hij of zijn wettelijk vertegenwoordiger daarmee heeft ingestemd. De wet kent twee uitzonderingen op deze regel. Zo maakt artikel 39 het mogelijk dat in een tijdelijke noodsituatie een beperkt aantal middelen en maatregelen kan worden toegepast. Dit kan een behandeling inhouden, maar ook toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Artikel 39 geeft een tijdslimiet van zeven dagen. Van een noodsituatie kan sprake zijn als er nog geen behandelingsplan is opgesteld of als een afwending van een mogelijk gevaarlijke situatie niet is voorzien in het behandelingsplan. Artikel 38 eist dat voor elke patiënt een behandelingsplan wordt opgesteld. Uitvoering van het behandelingsplan is alleen mogelijk met toestemming van de patiënt of

zijn vertegenwoordiger, mits de patiënt zich niet verzet. Toepassing van het behandelingsplan bij verzet van de patiënt wordt dwangbehandeling genoemd. Dwangbehandeling kan alleen worden toegepast als er noodzaak is ernstig gevaar af te wenden voor de patiënt of voor anderen. Beide toepassingen van dwang moeten aan de Inspectie worden gemeld.

De door de Evaluatiecommissie gesignaleerde onduidelijkheid bij de toepassing van middelen en maatregelen hangt mogelijk ook samen met de nog verkeerde benaming die op de meldingsformulieren «Registratie Dwangbehandeling en Middelen en Maatregelen» staat aangegeven. Het onderscheid tussen middelen en maatregelen en dwangbehandeling wordt daarin omschreven met termen als middelen en maatregelen-nood, middelen en maatregelen-akkoord en als het gaat om dwangbehandeling middelen en maatregelen-dwang. De Inspectie is voornemens de formulieren op korte termijn aan te passen aan de wettelijke terminologie. Daarmee zal voor een deel de onduidelijkheid kunnen worden weggenomen die door de Evaluatiecommissie is geconstateerd en die aanleiding is geweest voor aanbeveling 27. Door verdere voorlichting kan naar de mening van het kabinet bovendien voldoende helderheid worden verschaft; er is dan ook geen aanleiding om de wet op dit punt aan te scherpen. De in aanbeveling 28 opgenomen suggestie dat ook beëindiging van dwangbehandeling aan de Inspectie moet worden gemeld, wordt overgenomen. Als gevolg van deze meldingsplicht zal de registratieplicht ook met dit onderdeel worden uitgebreid. Door de Inspectie is ook sinds kort een aantal nieuwe medewerkers in dienst genomen, die speciaal belast zijn met de toetsende functie inzake de toepassing van de voorschriften van de Wet Bopz door de instellingen. Hiermee wordt tegemoetgekomen aan de suggestie van de Evaluatiecommissie dat de toetsende rol van de Inspectie aanscherping behoeft.

De verplichting betreffende het melden naasten (aanbeveling 29)

De wet bevat op verschillende plekken de verplichting tot het doen van meldingen aan naaste betrekkingen van de patiënt. Zowel van de opname, als de toepassing van dwangbehandeling en toepassing van artikel 39 moeten de naaste betrekkingen van de patiënt op de hoogte worden gesteld. Bij de evaluatie bleek deze verplichting in sommige gevallen op weerstand te stuiten, omdat zij wordt gezien als inbreuk op de privacy van de patiënt. Dit is voor het kabinet aanleiding zich nader te bezinnen over de voor- en nadelen van de verplichte meldingen.

Tot slot wordt vermeld dat de overheid voornemens is om met ingang van begin 1999 de indicatiestelling voor de GGZ te laten plaatsvinden onder de verantwoordelijkheid van regionale indicatieorganen. Over de wijze waarop deze indicatiestelling bestuurlijk zal worden vormgegeven zal begin 1998 besluitvorming plaatsvinden. In de nieuwe regeling wordt rekening gehouden met de Bopz indicatiestelling.

3.2 Psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg (aanbeveling 30 tot en met 33)

Inleiding

De invoering van de Wet Bopz heeft voor de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicapten grote consequenties gehad als het gaat om de interne rechtspositie van de bewoners. Voor bewoners die worden opgenomen met een artikel 60-indicatie (geen bereidheid/geen bezwaar) gelden namelijk de eisen die de Wet Bopz voor gedwongen opgenomen patiënten stelt aan het behandelingsplan, de dwangbehandeling en het toepassen van middelen en maatregelen ter overbrugging van tijdelijke

noodsituaties. Dit betekent dat met de Wet Bopz in deze sectoren voor het eerst structurele, wettelijke eisen werden gesteld aan vrijheidsbeperkende maatregelen. Juist deze eisen hebben belangrijke winst voor de sectoren opgeleverd, omdat men veel bewuster dan vóór de Wet Bopz omgaat met vrijheidsbeperking. De rechtspositie van bewoners is daarmee in beide sectoren verbeterd, constateert de Evaluatiecommissie.

Bevindingen van de Evaluatiecommissie

Uit het evaluatierapport blijkt dat de praktijk op sommige punten moeite had met de invoering van de Wet Bopz. Voor een aanzienlijk deel liggen de problemen in het taalgebruik van de wet: een voor de psychiatrie ontwikkeld kader werd naar andere sectoren vertaald. Die sectoren waren tot dan toe onbekend met de gradaties waarin beperking van het recht op bewegingsvrijheid kan voorkomen. Dit heeft in de psychogeriatricie geleid tot verwarring over de inhoud van de begrippen. Huisregels, dwangbehandeling en middelen en maatregelen worden vaak niet als zodanig herkend, en dus verkeerd toegepast.

Kabinetsstandpunt

Vertalingsproces (aanbeveling 30)

Aansluiting van de Wet Bopz op de praktijk van de psychogeriatricie en gehandicaptenzorg was, en is, een proces van zoeken naar de juiste, werkbare vertaling of nadere invulling van de wettelijke begrippen. Dit vertalingsproces is pas sinds kort goed op gang gekomen. Het kabinet meent dan ook dat het op dit moment te vroeg is om te denken aan wijziging van de Wet Bopz in de zin van een aanpassing van de termen aan de praktijk van de genoemde sectoren, zoals de Evaluatiecommissie dat suggereert in aanbeveling 30. Veel eerder moet de komende jaren energie worden gestoken in het geven van nog meer voorlichting over de Wet Bopz aan zowel directies en «werkvloer» als aan de indicatiecommissies. Die voorlichting zal een tweeledig karakter dienen te hebben. Enerzijds puur het verduidelijken van de termen, anderzijds het vertalen van de inhoud van die termen naar de praktijk van de bewuste sectoren. Op die manier kan worden bereikt dat de wet verder wordt geoperationaliseerd. Uitzondering op het bovenstaande betreft het begrip «behandelingsplan». Dit begrip is zozeer toegespitst op het behandelen van de patiënt, teneinde gevaar weg te nemen, dat het moeilijk bruikbaar is in de psychogeriatricie en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. In die sectoren ligt het zwaartepunt op verzorging en begeleiding en niet op behandeling. Vandaar ook de in die sectoren gehanteerde benaming «zorgplan». Wij denken aan een omschrijving waarin de verzorging en de begeleiding centraal staat. Een dergelijke omschrijving maakt duidelijk dat vrijheidsbeperkende maatregelen, die in verband met een verantwoorde zorg voor patiënten strikt noodzakelijk zijn, via de toepassing van het zorgplan moeten worden gerealiseerd.

Het begrip «verzet» (aanbeveling 31)

Eén van de belangrijke conclusies uit het evaluatieonderzoek wat betreft de interne rechtspositie in de psychogeriatricie is dat het motto «alle verzet is verzet» in deze sector niet wordt gehanteerd. Wanneer bewoners proberen weg te lopen, kan dat natuurlijk een uiting van verzet zijn. Maar desoriëntatie, dwalen of zwerven, horen ook vaak bij het ziektebeeld van dementie. Door de instellingen worden andere eisen gesteld aan verzet,

dan in de Wet Bopz is voorgeschreven. Verzet, zo wordt in de praktijk als algemene norm gehanteerd, moet reëel, consistent en consequent zijn. Ook wordt in de praktijk (ten onrechte) een relatie gelegd tussen verzet en wilsbekwaamheid. Het stellen van de eis dat de patiënt wilsbekwaam moet zijn om verzet te kunnen tonen, vindt ook plaats bij vrijwillig opgenomen bewoners. Hierdoor komt – in strijd met de wet – ook bij deze categorie het gebruik van middelen en maatregelen en dwangbehandeling voor. Wils-(on)bekwaamheid is niet relevant bij het begrip «verzet» in de Wet Bopz. Verzet van een wilsonbekwame patiënt dient daarom gerespecteerd te worden.

Kabinetsstandpunt

Het kabinet is zich bewust van de spanning tussen het begrip «verzet» van de Wet Bopz en de praktijk van de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Wij onderschrijven daarom aanbeveling 31, waarin wordt gevraagd om het ontwikkelen van criteria rond het begrip verzet. Met inachtneming van de reeds in gang gezette ontwikkeling in de praktijk, zal dit in overleg met de koepels verder worden opgepakt. Maar ook hier willen we benadrukken dat het gaat om het operationaliseren van een begrip uit de wet voor de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicapten, in plaats van het wijzigen van de wet zelf.

Registratie en melding (aanbeveling 32)

Aanbeveling 32 gaat in op de registratie en melding van bepaalde handelingen. Hoewel de registratie veel administratie met zich meebrengt, blijkt uit de evaluatie niet dat de instellingen moeite hebben met het principe van de registratie. Integendeel, door de registratie worden maatregelen nu bewust en verantwoord genomen en zijn ze controleerbaar geworden. Ook de melding aan de inspectie wordt niet als problematisch ervaren, maar de instellingen vragen zich vaak wel af wat het nut van die meldingen is. Het veld vraagt om een meer sturende en begeleidende rol van de Inspectie. Deze vraag vanuit de sectoren psychogeriatric en gehandicaptenzorg vertoont veel overeenkomsten met aanbeveling 28, waarin wordt aangegeven dat de toetsende rol van de Inspectie zou moeten worden aangescherpt.

Kabinetsstandpunt

In reactie op aanbeveling 28 heeft het kabinet reeds aangegeven dat de Inspectie inmiddels maatregelen heeft genomen om beter aan die rol te kunnen voldoen. Wij gaan er vanuit dat deze maatregelen er toe zullen leiden dat de instellingen een positiever beeld krijgen van het nut van de meldingen. Hoewel het op dit moment niet noodzakelijk lijkt extra maatregelen te nemen, blijft de manier waarop wordt omgegaan met de meldingen wel een belangrijk aandachtspunt. Voorkomen moet worden dat de interne positieve effecten van de meldingen stagneren of zelfs verloren gaan omdat de instellingen extern te weinig begeleiding krijgen bij hun meldingen.

Huisregels (aanbeveling 33)

In de huisregels van instellingen worden beperkingen in de bewegingsvrijheid vastgelegd. De huisregels bevatten beperkingen, die in zijn algemeenheid noodzakelijk zijn voor een ordelijke gang van zaken in de instelling.

Het kan gaan om tal van zaken zoals bezoektijden, tijden waarop de televisie aan mag of wanneer de telefoon kan worden gebruikt. Verder

worden vaak beperkingen aangegeven in de plaatsen waar patiënten zich wel of niet mogen bevinden. Een andere vorm van beperkingen van de bewegingsvrijheid betreffen de individuele patiënt. Uitgangspunt in de wet (artikel 38, vijfde lid, van de Wet Bopz) is dat alleen behandelingen mogen plaatsvinden wanneer de patiënt of zijn vertegenwoordiger hiervoor toestemming heeft verleend. De patiënt houdt in principe zijn fundamentele rechten als het recht op bewegingsvrijheid in de instelling en het recht op vrij briefverkeer. In de instellingen worden de beperkingen, die individueel dienen te worden vastgelegd nog wel eens als algemene huisregel aan de bewoners opgelegd. De onduidelijkheid die wordt geconstateerd ligt bij het onderscheid tussen behandeling en toepassing van artikel 40. Eenzelfde beperking kan nodig zijn in het kader van behandeling maar ook worden toegepast in het kader van de orde van de instelling.

Kabinetsstandpunt

De geconstateerde onduidelijkheid in verschillende situaties van beperking van de bewegingsvrijheid in met name de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric is aanleiding om te komen tot gerichte voorlichting op dit punt.

3.3 Klachtrecht (aanbeveling 34 tot en met 38)

Inleiding

Zonder een goed geregeld klachtrecht is de rechtspositie van patiënten niet compleet. Dit geldt in het bijzonder wanneer patiënten in een situatie van grote afhankelijkheid verkeren, zoals na gedwongen opname in een instelling het geval is. Het klachtrecht vormt dan ook een belangrijk element van de interne rechtspositieregeling. De Wet Bopz bevat een speciale klachtenprocedure, die het patiënten mogelijk maakt te klagen over onder andere de toepassing van dwangbehandeling, middelen en maatregelen en een aantal andere situaties die op gedwongen opgenomen personen van toepassing kan zijn. Deze regeling staat open voor patiënten die zijn opgenomen met een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging en voor patiënten die op grond van een beslissing van de indicatiecommissie zijn opgenomen in een verpleeghuis of instelling voor verstandelijk gehandicapten. Voor vrijwillig opgenomen patiënten staat de regeling niet open. Alle patiënten kunnen gebruik maken van de door de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Klachtwet zorgsector) geboden algemene klachtenregeling. Een belangrijke schakel in de klachtenopvang wordt gevormd door de in artikel 59 van de Wet Bopz neergelegde mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dat patiënten, die zijn opgenomen in bepaalde categorieën Bopz-instellingen zich kunnen laten bijstaan door een patiëntenvertrouwenspersoon. Van deze mogelijkheid is gebruik gemaakt voor de algemene en categoriale psychiatrische ziekenhuizen. De werkzaamheden van de patiëntenvertrouwenspersoon strekken zich uit tot zowel vrijwillige als gedwongen opgenomen patiënten.

Procedure

De Bopz-klachtenprocedure is beperkt tot de vijf in artikel 41, eerste lid, van de Wet Bopz genoemde beklaggronden:

- de beslissing dat de patiënt wilsonbekwaam is;
- dwangbehandeling;
- dwangtoepassing ter afwendig van een noodsituatie;
- toepassing vrijheidsbeperking;
- niet-toepassing van een overeengekomen behandelingsplan.

Voor overige klachten moeten op grond van de Wet Bopz opgenomen patiënten gebruik maken van de klachtmogelijkheid van de Klachtwet zorgsector.

Klachtencommissie

De klachtenprocedure van artikel 41 van de Wet Bopz is in augustus 1996 op onderdelen gewijzigd in verband met de invoering van de Klachtwet zorgsector. De keuzemogelijkheid tussen behandeling van de klacht door bestuur of klachtencommissie is daarbij komen te vervallen. Het bestuur is nu verplicht een klachtencommissie in te stellen, die binnen een termijn van twee weken de behandeling van de klacht moet afronden. De klachtencommissie doet uitspraak over de gegrondheid van de klacht. Uiterlijk op de tweede dag na afronding van de behandeling door de commissie moet het bestuur een met redenen omklede beslissing op de klacht geven. Bij een negatieve of uitblijvende beslissing op de klacht kan de patiënt in beroep bij de rechtbank, die binnen vier weken na de indiening van het verzoekschrift een beslissing moet nemen.

Bevindingen van de Evaluatiecommissie

In het evaluatie-onderzoek is onderzocht in hoeverre het klachtrecht van de Wet Bopz een bijdrage levert aan de bescherming en versterking van de rechtspositie van de patiënt. Daarbij zijn onder meer de mate van bekendheid met en acceptatie van het klachtrecht aan de orde. De Evaluatiecommissie constateert dat het tempo waarin de verschillende Bopz-sectoren met de implementatie van het Bopz-klachtrecht aan de slag zijn gegaan, uiteen loopt. Daarbij was in de sector psychogeriatric in de onderzoeksperiode (1995) de afstand tussen de praktijk en de tekst en bedoeling van de wet het grootst.

Psychiatrie

In de psychiatrie is er ondanks de nodige kanttekeningen vrijwel zonder uitzondering een overwegend positief oordeel over de Bopz-regeling en het nut voor de rechtspositie van patiënten. Het gaat daarbij vooral om positieve effecten voor de rechtspositie van de individuele patiënt en in mindere mate om de structurele effecten van de klachtenregeling. Het klachtrecht draagt ertoe bij dat beslissingen beter worden gemotiveerd en dat zorgvuldiger wordt omgesprongen met de rechten van de patiënt. De Evaluatiecommissie brengt het overwegend positieve oordeel over het Bopz-klachtrecht in de psychiatrie in verband met de rol van de patiëntenvertrouwenspersoon. Deze speelt een belangrijke rol, zowel bij het informeren en ondersteunen van de patiënt als bij het inschakelen van de klachtencommissie. Door de aanwezigheid van de patiëntenvertrouwenspersoon vindt vaak eerst bemiddeling plaats. Pas als dat niets oplevert komt de commissie in beeld. Door de activiteiten van de patiëntenvertrouwenspersoon kan voorkomen worden dat klachten onnodig aan de klachtencommissie worden voorgelegd. De combinatie van een laagdrempelige patiëntenvertrouwenspersoon en een formele route voor klachtenbehandeling spreekt zeer aan. De waarde van het Bopz-klachtrecht ligt – zo menen velen – in de combinatie.

Psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg

In de andere sectoren ontbreekt nagenoeg elke ervaring met het Bopz-klachtrecht. In het onderzoeksjaar 1995 is in de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten niet of nauwelijks van het Bopz-klachtrecht gebruik gemaakt. In de psychiatrie buiten psychiatrische ziekenhuizen, in de psychogeriatric en in de zorg voor verstandelijk

gehandicapten is er sprake van grote onbekendheid met de inhoud van de wet op dit punt. Ondanks het gebrek aan ervaring met de Bopz-regeling wordt deze als te formeel en afstandelijk ervaren. In het bijzonder in de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten wordt de behoefte uitgesproken aan een meer informele, en veel laagdrempeliger vorm van klachtenopvang. Een verklaring voor het geringe aantal Bopz-klachten in beide laatstgenoemde sectoren is, naar wordt verondersteld, niet gelegen in het ontbreken van klachtwaardige situaties, maar veel meer in de omstandigheid dat patiënten zelf veelal niet in staat zijn om een klacht in te dienen, terwijl vertegenwoordigers daar om tal van redenen terughoudend mee zijn.

Knelpunten

De Evaluatiecommissie constateert in algemene zin dat het klachtrecht van de Wet Bopz de rechtspositie van de patiënt heeft versterkt, maar ook dat zich in de praktijk nog tal van problemen voordoen. Deze problemen vloeien voort uit het relatief trage tempo waarin instellingen de wet implementeren, maar ook uit de tekst van de wet. In lijn met deze bevindingen zijn de aanbevelingen van de Evaluatiecommissie gericht op verbetering van de naleving en verheldering van de bestaande regeling (aanbeveling 34 en 38) en aanpassing van de bestaande regeling (aanbeveling 35). Een tweetal aanbevelingen (aanbeveling 36 en 37) heeft een verderstrekkend karakter.

Kabinetstandpunt

Het kabinet hecht eraan dat in alle sectoren de klachtenregeling nu binnen afzienbare tijd tot volle wasdom komt. Een goede klachtenbehandeling is een belangrijk kwaliteitsaspect van de zorgverlening door de instelling. Voor zover er sprake is van een te trage implementatie is het kabinet van mening dat instellingen nadrukkelijker moeten worden aangesproken op de naleving van hun verantwoordelijkheden op dit punt. Met de Evaluatiecommissie is het kabinet van mening dat de Inspectie en de koepelorganisaties daarin een belangrijke rol dienen te vervullen. Verbetering van de regeling op een aantal voor de toepassing belangrijke punten zal door wetswijziging worden vormgegeven.

Rol koepelorganisaties en inspectie (aanbeveling 34)

Onvoldoende gebruik van de klachtenregeling simpelweg vanwege onbekendheid van patiënten of vertegenwoordigers met de mogelijkheid om klachten in te dienen, moet worden voorkomen. Het kabinet acht het in dat verband niet aanvaardbaar als aan de wettelijke plicht van instellingen om het klachtrecht bekend te maken (artikel 37, eerste lid, en artikel 41, derde lid, van de Wet Bopz) niet of niet op voldoende wijze wordt voldaan. Het kabinet onderschrijft aanbeveling 34 uit het evaluatierapport waarin de Evaluatiecommissie aangeeft dat de Inspectie meer moet toezien op de naleving van deze verplichting. De koepelorganisaties dienen een meer stimulerende rol te vervullen. De kwaliteit van de informatievoorziening is daarbij een belangrijk aandachtspunt. Wij delen de visie van de Evaluatiecommissie dat de informatie systematisch en periodiek en niet slechts eenmalig moet worden verstrekt. De geconstateerde onvoldoende Bopz-conformiteit van de door instellingen opgestelde klachtenregelingen behoeft de nadere aandacht van de Inspectie en de koepelorganisaties. Daarbij kunnen de door de koepelorganisaties ontwikkelde modellen nogmaals en wellicht nadrukkelijker onder de aandacht van die

instellingen worden gebracht waar de regeling nog niet of niet Bopz-conform is uitgewerkt.

Twee weken termijn (aanbeveling 35)

Rondom de toepasbaarheid van de regeling signaleert de Evaluatiecommissie dat de wettelijke termijn van twee weken voor de beoordeling van de klacht door de klachtencommissie (artikel 41, zesde lid, van de Wet Bopz) in een aantal gevallen te kort is om op de ingediende klacht te beslissen. Gelet op de omstandigheid dat de zaken waarover op grond van artikel 41 van de Wet Bopz kan worden geklaagd, betrekking hebben op fundamentele rechten betreft, hecht het kabinet grote waarde aan voldoende garanties voor een spoedige beslissing op dergelijke klachten. Wel acht het kabinet de suggestie van de Evaluatiecommissie in aanbeveling 35 om in de regeling een onderscheid te maken op grond van het al dan niet spoedeisende karakter van de klacht een bruikbare suggestie. Zo kan voor de bestaande capaciteitsproblemen een aanvaardbare oplossing worden gevonden. Het kabinet vindt het wenselijk dat de Wet Bopz conform deze suggestie van de Evaluatiecommissie wordt gewijzigd. De twee weken-termijn voor afronding van de klachtenbehandeling door de klachtencommissie zal gehandhaafd blijven als de klacht betrekking heeft op een ten tijde van de indiening van de klacht van toepassing zijnde maatregel. In die gevallen heeft de patiënt een groot belang bij snelle klachtenbehandeling. In andere gevallen kan naar het oordeel van het kabinet voor de klachtenafhandeling een termijn van 4 weken worden gehanteerd.

Klachtencommissie of bestuur (aanbeveling 38)

Het kabinet onderschrijft ook de door de Evaluatiecommissie gesignaleerde noodzaak om de verhouding tussen bestuur en klachtencommissie bij de afhandeling van klachten te verduidelijken. Vanaf de introductie van de Wet Bopz is een probleem welk orgaan aangemerkt moet worden als «bestuur in de zin van artikel 41 Bopz». Dat bestuur moet krachtens de huidige regeling binnen twee dagen na afronding van de klachtenbehandeling door de commissie, een beslissing nemen omtrent de klacht. Volgens vaste jurisprudentie kan een Raad van Bestuur niet als een commissie worden aangemerkt, als de geneesheer-directeur van deze Raad deel uitmaakt. Voor de onafhankelijkheid van de klachtenafhandeling is het wenselijk dat de geneesheer-directeur niet betrokken is bij de beslissing op klachten over maatregelen die onder zijn verantwoordelijkheid zijn genomen. Meer in algemene zin kan ook de vraag worden gesteld of een als directie fungerende Raad van Bestuur wel voldoende afstand heeft van de dagelijkse praktijk om onafhankelijk op klachten te kunnen beslissen. Aan de oplossing om dan maar «als bestuur in de zin van artikel 41 Bopz» de Raad van Commissarissen of de Raad van Toezicht aan te merken, kleven echter belangrijke nadelen. Omdat dit orgaan in de praktijk veelal op grote afstand van de instelling functioneert en niet frequent bij elkaar komt, ontstaan er praktische uitvoeringsproblemen bij de nakoming van de beslissingstermijn van twee dagen. Het kabinet is van oordeel dat de beschreven onduidelijkheid opgelost kan worden door aan de klachtencommissies een zelfstandiger plaats toe te kennen. Het geven van een zelfstandige positie aan de commissie geeft een betere scheiding van verantwoordelijkheden. Dat biedt de mogelijkheid om een sterkere onafhankelijke klachtenbehandeling te introduceren. Voorts ontstaat een

eenduidige regeling. Dit betekent dat de klachtencommissie zowel de schorsingsbevoegdheid als de bevoegdheid tot het doen van bindende uitspraken krijgt die nu nog aan het bestuur toekomen. Om de onafhankelijkheid van de klachtencommissie te bevorderen zullen de nu in het Besluit klachtenbehandeling neergelegde eisen inzake de samenstelling en werkwijze van de commissie worden aangevuld met het vereiste van een onafhankelijke voorzitter.

Patiëntenvertrouwenspersoon (aanbeveling 36)

Een door de patiëntenvertrouwenspersoon vervulde brugfunctie tussen praktijk en Bopz-klachtencommissie kan ook voor de sectoren waarin een dergelijke functionaris nog niet verplicht is gesteld van belang zijn. Het gaat daarbij met name om het verlenen van advies en bijstand aan de patiënt bij de uitoefening van zijn rechten. In de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg kan dat zelfs in versterkte mate gelden omdat patiënten vaak zelf niet kunnen klagen en vertegenwoordigers ten aanzien van het klachtrecht regelmatig in een ambivalente positie verkeren.

Kabinetsstandpunt

Voor de sector psychogeriatric staat het kabinet in principe sympathiek tegenover het idee van introductie van pvp-achtige functionarissen in Bopz-aangemerkte instellingen. De Inspectie heeft verder overleg geëntameerd over de introductie van een pvp-achtige functionaris in de sector gehandicaptenzorg. Een werkgroep waarin ouderverenigingen, zorgverleningsinstellingen en de Inspectie participeren zal zich verder beraden over de wenselijkheid hiervan. Voor beide sectoren is het van belang dat alle betrokken partijen actief meepraten en meezoeken naar de meest effectieve benadering.

Vrijwillig opgenomen patiënten (aanbeveling 37)

De beperking van het Bopz-klachtrecht tot gedwongen opgenomen patiënten is gebaseerd op de gedachte dat artikel 41 van de Wet Bopz, Bopz-klachten betreft over fundamentele rechten van gedwongen opgenomen patiënten en dat dergelijke fundamentele kwesties in het geval van vrijwillig opgenomen patiënten niet aan de orde zijn. De Evaluatiecommissie heeft echter ook signalen ontvangen, ook uit de jaarverslagen van de Stichting PVP, dat vrijwillig opgenomen patiënten wel degelijk klachten over aantasting van fundamentele rechten hebben. In verband daarmee beveelt de Evaluatiecommissie aan een aparte beklaggrond voor vrijwillig opgenomen patiënten te overwegen voor gevallen waarbij sprake is van klachten die overeenkomen met klachten zoals omschreven in artikel 41 van de Wet Bopz betreffende gedwongen opgenomen patiënten.

Kabinetsstandpunt

Het kabinet is geen voorstander van deze suggestie. Vermeden moet worden dat van een gelijktrekking van het klachtrecht van vrijwillig opgenomen patiënten een legitimerend effect uitgaat op het toepassen van dwang en vrijheidsbeperkingen bij vrijwillig opgenomen patiënten. Strikt genomen mogen en kunnen dergelijke maatregelen jegens patiënten die vrijwillig verblijven niet genomen worden. In voorkomende gevallen bieden het klachtrecht van de Klachtwet zorgsector, het tuchtrecht of een actie uit onrechtmatige overheidsdaad, voldoende mogelijkheden om de onjuistheid van een dergelijke

handelwijze aan de orde te stellen. Bovendien heeft de Inspectie op grond van artikel 63, eerste lid, van de Wet Bopz de algemene taak te waken voor de belangen van personen met een geestesstoornis op het terrein van de volksgezondheid.

4 OVERIGE ONDERWERPEN

4.1 Verkommerden en verloederden (aanbeveling 39 en 40)

Inleiding

Bij verkommering en verloedering gaat het om mensen die gezien hun omstandigheden zorg of opvang nodig hebben, maar om de één of andere reden geen of onvoldoende gebruik maken van het bestaande aanbod aan zorg- en opvangvoorzieningen. Het kan daarbij zowel gaan om het bewust als onbewust mijden van zorg. Het gevolg hiervan is dat hun maatschappelijk functioneren en welbevinden beneden een maatschappelijk aanvaardbaar minimumniveau raakt of dreigt te raken. Hoewel schattingen daarover nogal uiteenlopen, wordt aangenomen dat het percentage mensen met een psychische stoornis in deze groep hoog is. Soms is sprake van een chronische toestand, gekenmerkt door een negatieve spiraal van zelfverwaarlozing. Sommigen komen er na verloop van tijd op eigen kracht of met hulp weer bovenop. De RVZ signaleert dat het gaat om een diffuse probleemgroep van onder meer dak- en thuislozen met psychiatrische problematiek, zware overlastveroorzakers, verslaafden en chronische psychiatrische patiënten. De RVZ spreekt van «zorgwekkende zorgmijders» omdat het feit dat die mensen om de een of andere reden geen adequate zorg krijgen hun belangrijkste gemeenschappelijke kenmerk is.

Negatieve effecten

De negatieve effecten van de problematiek zijn op verschillende niveaus waarneembaar. Allereerst is de situatie natuurlijk belastend voor het psychische en fysieke welbevinden van betrokkene zelf. De situatie kan zelfs levensbedreigend worden. Overigens moet niet vergeten worden dat, hoewel zichtbare verkommering en verloedering de meeste aandacht trekt, er ook nog een groep mensen is die gewoon thuis verstoken blijft van hulp. Negatieve effecten zijn er veelal ook voor de directe omgeving van betrokkene. Daarnaast kan eventueel agressief, onberekenbaar gedrag van betrokkene een directe bedreiging voor het lichamelijke en geestelijke welbevinden van mensen uit de naaste omgeving vormen. Ook is er de algemeen maatschappelijke kant. Het veroorzaken van overlast en stank, verbale dan wel fysieke agressie en kleine criminaliteit zijn voorbeelden van gedrag die veel vragen van de maatschappelijke tolerantie. Maar in meer algemene zin richt de kritiek zich op de vaak blijkende onmacht van de betrokken instanties en hulpverleners om iets aan de situatie te verbeteren. Als bij «kleine» overlast een beroep wordt gedaan op de politie om op te treden, blijkt die vaak met lege handen te staan. De politie heeft veelal geen titel om lastige zwervers vast te houden en kan ook niet altijd bij het GGZ-circuit terecht. Terwijl de politie voor opvangmogelijkheden afhankelijk is van derden, wordt zij wel aangesproken op haar ordehandhavende taak. Maatschappelijk bestaat daarnaast ook de indruk dat er niet of te laat wordt opgetreden tegen mensen die door de omgeving als bedreigend en/of gevaarlijk worden ervaren.

Naar de mening van het kabinet is er een groot maatschappelijk belang gemoeid met het antwoord op de vraag hoe deze groep kan worden bereikt met een adequaat zorg- en opvangaanbod, zodat hun situatie wordt verbeterd. De rol die dwangtoepassing op grond van de Wet Bopz daarbij zou kunnen of moeten spelen vormt daarbij steeds een belangrijke afweging. Één van de kenmerken van deze mensen is immers dat zij veelal niet zelf om hulp vragen. De hulpvraag komt van familie, omgeving,

politiefunctionarissen of woningbouwcorporaties. Veelal hebben de mensen om wie het gaat al veelvuldig te maken gehad met hulpverlening en zijn ze door hun eerdere ervaringen niet gemotiveerd voor nieuwe hulp. Hulp onder dwang komt dan al gauw in het vizier. Maar van verschillende kanten worden daarover verschillende signalen afgegeven. Zo wordt er van de kant van ouders/naasten van met name schizofrenen (Ypsilon en de Stichting Schizofrenie Nederland) aangedrongen op verruiming van de mogelijkheden tot dwangtoepassing op grond van de Wet Bopz. Het kabinet onderkent dat bij ouders, verwanten en de directe omgeving van betrokkene, veelal een zeer begrijpelijke vraag om hulp leeft. Deze komt weliswaar voort uit oprechte bezorgdheid en grote betrokkenheid, maar het kabinet acht het van belang ook de vraag te stellen in hoeverre dwangtoepassing daadwerkelijk een oplossing vormt.

Ook van de kant van hulpverlening, wordt aangegeven dat dwang alleen maar een demonstratie is van onmacht, geen oplossing is en zeker geen hulpverlening. Gesteld wordt dat als mensen zorg gaan mijden ze daar meestal goede redenen voor hebben en dat die redenen bijna altijd samenhangen met slechte ervaringen met (dwang van) het zorgsysteem. Van die zijde wordt benadrukt dat contact leggen of herstellen met betrokkene het allerbelangrijkste is. Naar de mening van het kabinet moet ook rekening worden gehouden met de signalen van «ervaringsdeskundigen» die aangeven dat toepassing van dwang het opbouwen van een hulpverleningsrelatie met betrokkene ernstig kan belemmeren. Dergelijke signalen kunnen naar de mening van het kabinet niet genegeerd worden.

Een belangrijke handicap bij de beleidskeuze voor oplossingsrichtingen is dat we de groep verkommerden en verloederden onvoldoende kennen. Ondanks verschillende studies is er nog te weinig inzicht in de omstandigheden van dak- en thuislozen en/of zorgwekkende zorgmijders. Er zijn onvoldoende onderzoeksgegevens die inzicht bieden in de oorzaken van verkommering en verloedering en/of effectieve interventiemogelijkheden voor die groep. Hoeveel mensen uit die groep geestelijk gestoord zijn, is niet bekend. Ook is nog weinig bekend over de effectiviteit van de verschillende interventiemogelijkheden op het punt van verkommering en verloedering. Uit het evaluatieonderzoek blijkt wel dat de criteria van de Wet Bopz verkommering en verloedering niet in de hand werken, zoals weleens wordt gesuggereerd. De rol van de Wet Bopz in de problematiek van de zorgwekkende zorgmijders blijkt relatief beperkt, mede omdat de bevindingen van de Evaluatiecommissie erop wijzen dat de meeste onderzochte personen (68%) na afwijzing van een vordering tot gedwongen opname het na verloop van tijd eerder beter dan slechter maken. Daarbij is de kans groot dat bij verruiming van de mogelijkheden tot gedwongen opname het aantal «draaideur»-patiënten alleen maar zal toenemen. Dit zijn patiënten waar men in de instelling eigenlijk niets mee kan beginnen of die steeds na een korte opname weer terugvallen in hun oude situatie. Dit mede omdat het gat tussen opname en ambulante hulpverlening te groot is.

Kabinetsstandpunt

Onderzoek (aanbeveling 39)

Het kabinet onderschrijft de door de Evaluatiecommissie en de RVZ gesignaleerde noodzaak van nader onderzoek naar welke mensen om welke redenen verkommeren en verloederen. Dergelijk onderzoek kan aanknopingspunten opleveren voor het verder ontwikkelen van een beleid ter verbetering van de opvang en hulpverlening, met name als het gaat om psychische problematiek. Op de vraag of daartoe het best prospectief

onderzoek in de vorm van een meerjarig cohortonderzoek, of retrospectief onderzoek waarbij het gaat om bevraging van leden van de doelgroep over hun «hulpverleningscarrière» opgezet kan worden, zal het kabinet zich nader oriënteren. Op de uitkomsten van dergelijk onderzoek kan en moet naar de mening van het kabinet echter niet worden gewacht bij het verbeteren van de situatie van verkommerden en verloederden.

Rol van de Wet Bopz

Het kabinet ziet voldoende redenen om bij het zoeken naar oplossingen voor de problematiek van verkommerden en verloederden niet te eenzijdig te kijken naar de mogelijkheden van de Wet Bopz en van dwangtoepassing. De reikwijdte van de Wet Bopz is immers beperkt tot personen, die lijden aan een geestesstoornis. Verder is van belang dat – voorzover sprake is van een geestesstoornis – ook een gedwongen opname krachtens de Wet Bopz niet steeds als oplossing voor deze problematiek kan worden aangemerkt. Met de Evaluatiecommissie concludeert het kabinet dat het huidige wettelijke kader slechts een beperkte rol speelt in de problematiek van de verkommerden en verloederden. Door wijziging van de Wet Bopz kan dan ook niet meer dan een beperkte bijdrage geleverd worden aan het wegnemen van de problematiek. Ook de RVZ is van oordeel dat de meeste zorgwekkende zorgmijders niet beter geholpen zijn met een verruiming van de mogelijkheid tot dwangtoepassing in de Wet Bopz. Voor deze mensen acht de RVZ veeleer een op hun behoeften passend zorgaanbod nodig, waarbij «verleiden tot vertrouwen» centraal staat en dwang zo min mogelijk voorkomt. Het kabinet kiest dan ook «terughoudendheid met dwang» als richtsnoer voor het beleid. Het kabinet acht de bestaande mogelijkheden tot dwangopname krachtens de Wet Bopz voldoende voor het oplossen van onhoudbare situaties. Van belang is dat ook psychiaters en rechters in het evaluatieonderzoek hebben aangegeven voldoende mogelijkheden te zien voor gedwongen opname van hulpweigerende verkommerden en verloederden. Belangrijk bij dit standpunt is tevens ook de tendens in de jurisprudentie waarbij we een maatschappelijk georiënteerde invulling van het gevaarscriterium tot stand zien komen. Er wordt zowel rekening gehouden met de belangen van de patiënt, als met die van zijn omgeving. Voorwaarde voor toepassing van de Wet Bopz is natuurlijk wel dat er sprake is van een geestesstoornis en een causale relatie tussen gevaar en stoornis. Dat is niet bij alle zorgwekkende zorgmijders het geval. Soms is er sprake van verslaving, soms van nog andere redenen voor afwijkend gedrag. In dergelijke gevallen biedt de Wet Bopz geen juridische basis voor interventies.

Zorg op maat

Het kabinet acht het van belang onhoudbare situaties zoveel mogelijk te voorkomen door eerder, op een minder ingrijpende wijze, zorg te bieden aan mensen die risico lopen terecht te komen in dergelijke situaties. Preventie van dwang is een belangrijke algemene doelstelling, waarvoor een aanbod meer «zorg op maat» een voorwaarde is. De RVZ geeft aan dat het zorgaanbod verder verbeterd en ontwikkeld kan worden door uitwerking van de «bemoeizorg». Het kabinet is met de RVZ van mening dat drang niet hoeft te worden geschuwd, indien waarschijnlijk is dat met gebruik daarvan het hulpaanbod aan bepaalde groepen patiënten of cliënten kan worden verbeterd. Met dwang kan dan terughoudendheid worden betracht.

Er is de laatste jaren sprake van talrijke vernieuwingen en ontwikkelingen in zorg en opvang. Daardoor is het beter mogelijk geworden om combinaties van hulp te leveren die het haalbaar maken om voor deze groep «zorg op maat» te leveren. Het kabinet wijst bijvoorbeeld op de sociale pensions die een belangrijke doorbraak vormen op het raakvlak van maatschappelijke opvang en GGZ en waarvoor recentelijk meer geld beschikbaar is gekomen. Ook de psychiatrische thuiszorg kan een belangrijke rol vervullen in het voorkomen van terugval en dwangopname bij chronische psychiatrische patiënten. De casemanager is een andere mogelijkheid voor structurele en op maat aangeboden hulp. Deze is bekend met alle mogelijke voorzieningen op het gebied van huisvesting, zorg en welzijn en in staat begeleiding te bieden en praktische oplossingen te bedenken. In de verslavingszorg zijn voorbeelden van projecten die zich richten op zorg en overlastbestrijding. Er kan ook nog veel worden gedaan op het gebied van preventieve maatregelen, die beslist niet altijd binnen de GGZ zelf hoeven te worden gezocht.

Verschillende problematiek

Een belangrijk punt is dat er vaak sprake is van meerdere problemen bij een persoon, bijvoorbeeld psychiatrische problematiek en verslaving. Voor het feitelijk aanpakken van de problematiek is dan een diversiteit aan inzet van hulpverlenende en gemeentelijke instanties vereist zoals de RIAGG, waar projecten voor zorgwekkende zorgmijders worden uitgevoerd. Ook de rijdende psychiater, de GGD voor de vangnetfunctie en OGGZ-taken, het CAD voor de verslavingsproblematiek en de huisarts voor de eerstelijnszorg vervullen hun eigen rol in het bieden van de juiste zorg.

De RVZ legt naar de mening van het kabinet terecht veel nadruk op de noodzaak van intensivering van de samenwerking tussen instellingen die te maken hebben met «zorgwekkende zorgmijders» op gemeentelijk niveau. Ook de Evaluatiecommissie dringt aan op meer samenwerking en gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle betrokken instanties. Het kabinet acht in dat verband met name de regiefunctie van gemeenten inzake de samenwerking rondom probleemgevallen en de nadere afstemming van de verschillende zorgcircuits van belang. Bij die samenwerking moeten ook bijvoorbeeld woningbouwverenigingen, politie en maatschappelijk werk worden betrokken. Dit wordt in sommige gemeenten al in de vorm van – zeer succesvol gebleken – signaleringsteams opgepakt. Verder kan worden gemeld dat het Ministerie van Justitie met betrekking tot specifieke problematiek als overlastveroorzakende verslaafden werkt aan een wetsvoorstel inzake strafrechtelijke opvang voor verslaafden. Het voorstel ligt op dit moment bij de Raad van State.

Openbare geestelijke gezondheidszorg

Het uitbouwen van een netwerk van goede maatschappelijke opvang is dus van groot belang. In beleidsbrieven van de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de openbare geestelijke gezondheidszorg (Kamerstukken II 1996–1997, 25 424, nr. 2), de nota maatschappelijke opvang (Kamerstukken II 1997–1998, 25 682, nr. 1) en de beleidsbrief geestelijke gezondheidszorg (Kamerstukken II

1996–1997, 25 424, nr. 1) is een duidelijke aanzet gegeven voor betere coördinatie en samenwerking.

Het kabinet onderschrijft de visie van de RVZ dat de openbare geestelijke gezondheidszorg een belangrijke rol heeft als initiator van de ontwikkeling en bestending van een laagdrempelig aanbod voor kwetsbare personen zoals onder meer dak- en thuislozen en overlastveroorzakers. In de OGGZ gaat het om een belangrijke maatschappelijke verantwoordelijkheid voor kwetsbare personen die niet zelfstandig of vrijwillig van de beschikbare voorzieningen gebruik maken. Doel van de in de beleidsbrief OGGZ neergelegde beleidsvoornemens is te komen tot een werkwijze waarbij instellingen en instanties die elk voor een deel van de OGGZ verantwoordelijk zijn, gezamenlijk optreden om de preventie- en vangnetfunctie inhoud te geven. Het gaat daarbij om sociale psychiatrie, crisisinterventie, preventie en hulpverlening voor personen of groepen met een verhoogd risico. Het betreft vaak om outreaching «bemoezorg». Daarbij moeten de zorgplicht van de RIAGG en de wettelijke taken van de GGD aansluiten bij de rol die een heel scala van andere voorzieningen op het terrein van de OGGZ kan spelen. Voorop staat dat de coördinatie van OGGZ-activiteiten op lokaal niveau moet plaatsvinden.

Maatschappelijke opvang

In de nota maatschappelijke opvang is aangegeven dat een gezamenlijk aanpak van de geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke opvangvoorzieningen een noodzakelijke voorwaarde is om een samenhangend steun- en begeleidingsaanbod te realiseren voor de kwetsbare groepen, waaronder ook personen die (dreigen te) verkommeren en verloederen. Onderstreept wordt dat de verantwoordelijkheid van de GGZ voor mensen met een psychiatrische stoornis niet ophoudt op het moment dat zij de instelling verlaten of op het moment dat de behandeling stopt. Die verantwoordelijkheid is er ook in gevallen dat deze mensen zwerven of in een opvangvoorziening verblijven. De vermaatschappelijking van de GGZ brengt met zich mee dat de GGZ over de grenzen van de instellingen heen de maatschappij ingaat en de mensen met een psychiatrische ziekte volgt. Hulp en begeleiding moet worden geboden op de momenten dat daaraan behoefte bestaat en op plaatsen waar betrokkenen zich op dat moment bevinden. Aan de Taskforce MO-GGZ is gevraagd te adviseren over de wijze waarop voorzieningen van MO en GGZ elkaar kunnen aanvullen. Uitgangspunt daarbij is een samenhangend zorgaanbod voor de cliënt. Ook samenwerking met Justitie is in dezen van belang. Justitie heeft niet alleen een repressieve, maar ook een preventieve functie in handhaving van een leefbare samenleving. Een duidelijk voorbeeld van de meer maatschappij- en preventiegerichte werkwijze van Justitie is het project «Justitie in de buurt», waarbij Justitie in goede samenwerking met de lokale overheid, politie en maatschappelijke organisaties en instellingen probeert de leefbaarheid in de buurt te vergroten. Het verlenen van zorg en de handhaving van orde en veiligheid kennen weliswaar een spanningsveld, maar kunnen ook heel goed samengaan en elkaar versterken.

Nieuwe interventiemogelijkheden (aanbeveling 40)

Door het kabinet is voorgesteld om mogelijkheden tot (ambulante) dwangbehandeling en zelfbindingsverklaringen

nader te exploreren. De Evaluatiecommissie suggereert dat deze interventiemogelijkheden wellicht ook een bijdrage kunnen leveren aan de oplossing van de problematiek van de verkommering en verloedering. Waar relevant en mogelijk zullen dergelijke interventiemogelijkheden ook bij voor deze groep kunnen worden toegepast. Het kabinet verwacht daarvan evenwel geen substantiële bijdrage aan de oplossing van deze problematiek. Ook de RVZ acht het niet aannemelijk dat de zorgwekkende zorgmijders die dak- en thuisloos zijn of die (ernstige) overlast veroorzaken, gebaat zullen zijn bij ambulante dwangbehandeling. Voor hen is veel meer een laagdrempelig en outreaching zorgaanbod nodig.

4.2 Werklast en meerkosten (aanbeveling 41)

Inleiding

Al voor de inwerkingtreding van de Wet Bopz werd door verschillende instellingen en koepelorganisaties gesteld dat door de invoering van de Wet Bopz extra werkzaamheden en extra kosten zouden worden veroorzaakt. De Wet Bopz beoogt primair de rechtspositie van patiënten te beschermen die gedwongen worden opgenomen in het «psychiatrisch ziekenhuis». Hiertoe bevat de wet verschillende (administratieve) bepalingen die er voor dienen te zorgen dat de instellingen zorgvuldig handelen in gevallen van gedwongen opname. De regelingen onder de Wet Bopz worden complexer gevonden dan die onder de Krankzinnigenwet.

Verschillende kosten

Het is moeilijk om kosten aan te wijzen die uitsluitend veroorzaakt worden door de (invoering van) de Wet Bopz. De Wet Bopz werd van kracht in een periode dat ook een aantal andere regelingen en wetten werd ingevoerd die dienen ter bescherming van (de rechten van) de patiënt zoals de Wet klachtrecht cliëntenzorgsector, de Wet op het mentorschap, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst etc. Andere maatregelen die de instellingen zelf nemen om de kwaliteit van zorg te verbeteren, komen voor een deel overeen met de eisen die in de Wet Bopz worden gesteld. Ook is het mogelijk dat er sprake is van extra inspanningen die zich niet direct laten herleiden in financiële termen. Daarnaast zou onderscheid moeten worden gemaakt in structurele en incidentele kosten.

Stand van zaken invoering

In de sector psychiatrie zijn de aanpassingen na invoering van de Wet Bopz beperkt gebleven. Met name voor de sectoren psychogeriatric en gehandicaptenzorg geldt echter dat er verschillen zijn met de werkwijze die voor invoering van de Wet Bopz werd gehanteerd. Tijdens de evaluatie is gebleken dat de invoering van de Wet Bopz zich in deze sectoren in een beginfase bevindt. Nog lang niet alle instellingen van de twee «nieuwe» sectoren werken volledig Bopz-conform. Bovendien verschillen de koepels en de instellingen binnen deze sectoren ook van opvatting over welke kosten, zowel voor interne als externe rechtspositie, zijn terug te voeren op de invoering van de Wet Bopz en over de omvang van de kosten per omschreven post. Dit blijkt uit het deelrapport «Kosten van uitvoering» van de evaluatie van de Wet Bopz.

Kabinetsstandpunt

Op grond van bovenstaande punten moet gesteld worden dat de

stellingname van de koepels en de instellingen dat er sprake is van meerkosten door de invoering van de Wet Bopz op dit moment niet kan worden onderbouwd met eenduidige gegevens over zowel de relevante extra inspanningen als de kosten die deze met zich mee zouden brengen. De Evaluatiecommissie geeft aan dat desondanks wel mogelijk sprake is van extra kosten. De commissie beveelt aan (aanbeveling 41) om vooruitlopend op een volgende evaluatie de koepels voor te stellen om bij hun eigen instellingen in een latere fase na invoering nogmaals te kijken of het mogelijk is de feitelijke meerkosten door de Wet Bopz te achterhalen. Wij menen het aan de koepels en de instellingen te moeten overlaten te beoordelen of men zich in staat acht de kosten en extra werklust met betrekking tot de uitvoering van de Wet Bopz alsnog zichtbaar te maken. Indien dit het geval is, zullen wij in overleg met hen ons hierover verder buigen. Daarnaast zal bezien worden of een aantal van de administratieve bepalingen vereenvoudigd kan worden.

Werklast rechterlijke macht

Een ander punt dat in de fase vooruitlopend op de invoering van de Wet Bopz naar voren is gebracht, is de verwachting dat de nieuwe criteria voor gedwongen opname extra werk met zich mee zouden brengen voor de rechterlijke macht. Ook de uitbreiding met de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg zouden leiden tot extra werklust. Het parlement heeft aan dit punt bijzondere aandacht besteed en heeft op grond van deze verwachtingen al voor invoering bij novelle een belangrijke wijziging in de Wet Bopz aangebracht met de introductie van de indicatieprocedure voor opneming in verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten van personen die geen bereidheid vertonen tot opname, maar zich evenmin daartegen verzetten. Verder zijn enige aanpassingen aan de procedures van de Wet Bopz aangebracht. Uit de evaluatie komt naar voren dat een reeds onder de Krankzinnigenwet ingezette trend van een groei van het aantal gedwongen opnamen zich voortzet. Er is echter geen sprake van een extra groei. Ook blijkt een meerderheid van rechters en de helft van het aantal officieren van justitie van mening dat er geen sprake is van extra werklust.

Kabinetsstandpunt

Er is geen aanleiding om op dit punt nadere maatregelen te nemen. De bij de invoering van de wet gerealiseerde uitbreiding van de rechterlijke macht is kennelijk voldoende gebleken.

4.3 Onduidelijkheden in de wettekst (aanbeveling 42 en 43)

Inleiding

In aanbeveling 42 wordt door de Evaluatiecommissie gesteld dat de wettekst op een aantal punten voor verbetering vatbaar is. Terecht wordt geconstateerd dat de wet vele verwijzingen kent. Dit is vooral het geval bij de procedures voor opname en verlenging van het gedwongen verblijf. Verwijzingen in wetten worden gebruikt als alternatief voor herhaling van dezelfde of nagenoeg dezelfde teksten. Beide systemen hebben voor- en nadelen. In het systeem van verwijzing is, anders dan bij geheel uitgeschreven teksten, onmiddellijk duidelijk waar de – soms kleine – verschillen in de regeling zitten. Voordeel bij volledig uitgeschreven teksten is dat men niet door de tekst hoeft te bladeren om de hele regeling

in beeld te krijgen. De wet wordt wel enorm omvangrijk, hetgeen de hanteerbaarheid niet ten goede komt.

Kabinetstandpunt

In verband met het vorenstaande zien wij op dit moment geen grote voordelen in het herschrijven van de wet in die zin dat verwijzingen worden vermeden. Een dergelijke herschrijving kost immers veel tijd en energie van velen.

Herkenbaarheid van termen

In de diverse onderzoeksrapporten wordt ten aanzien van een aantal wettelijke termen gesteld dat zij niet voor alle onder de wet vallende sectoren herkenbaar zijn. In aanbeveling 30 worden in dit verband de begrippen geneesheer-directeur en behandelingsplan genoemd.

Kabinetstandpunt

In een reactie op aanbeveling 30 zijn wij op deze begrippen al ingegaan. Door ons voornemen het begrip behandelingsplan in de sectoren van de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten een meer op deze sectoren toegesneden inhoud te geven, menen wij de in deze sectoren geconstateerde onduidelijkheid rond de regeling van de artikelen 38, 39 en 40 van de Wet Bopz te kunnen wegnemen.

Voorlichting over het toepassingsbereik van de verschillende wettelijke regelingen op aanpalende terreinen en afstemming van deze wetten (aanbeveling 43)

Ten aanzien van patiënten die op grond van de Wet Bopz zijn opgenomen, is ook een aantal andere wetten van belang, die betrekking hebben op hun rechtspositie. Op Bopz-patiënten is in alle gevallen ook afdeling 5 van titel 7 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (de WGBO) van toepassing. De Wet Bopz is een lex specialis ten opzichte van de WGBO. De verhouding tussen beide wetten wordt dan ook geregeerd door de rechtsregel dat een bijzondere wet voorgaat aan de algemene wet. Dit betekent niet dat de algemene wet in het geheel niet geldt, maar dat deze terzijde wordt gesteld *voorzover* daarvan in de bijzondere wet wordt afgeweken. Het voert te ver om hier een volledige uiteenzetting te geven van het toepassingsbereik van beide wetten in concrete situaties.

Kabinetstandpunt

Voorlichting op dit punt acht het kabinet wel noodzakelijk. Wij zijn dan ook voornemens hieraan in een brochure aandacht te schenken. Ook de in aanbeveling 3 gestelde vraag naar verduidelijking van het wettelijk regime in situaties waarin sprake is van ernstig somatisch lijden, zal daarin aan de orde komen. Dit zelfde zal het geval zijn met betrekking tot hetgeen in de Wet Bopz onder gevaar kan worden verstaan en hetgeen ernstig nadeel wordt gevonden in het kader van de WGBO.

Ter beschikking gestelden

Wat betreft de verhouding tussen de regeling van terbeschikkingstelling (tbs) en de Wet Bopz merken wij op dat de regeling van de externe rechtspositie van de ter beschikking gestelde volstrekt los staat van die van patiënten onder het regime van de Wet Bopz. Ten aanzien van de interne rechtspositie van ter beschikking gestelden geldt, als zij niet in Bopz-instellingen verblijven, onverkort de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden. Verblijven ter beschikking gestelden in

Bopz-instellingen dan geldt de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz (artikel 51, derde lid van de Wet Bopz), met uitzondering van de regeling van het verlof en ontslag, omdat de beslissing of ter beschikking gestelden weer in de maatschappij kunnen terug keren – net als de beslissing dat betrokkene moet worden opgenomen – in de justitiële sfeer ligt.

Ondertoezichtstelling

De verhouding tussen uithuisplaatsing in het kader van een ondertoezichtstelling (ots) is niet voor alle betrokkenen duidelijk gebleken. Ook op dit punt zal voorlichting worden gegeven teneinde duidelijk te maken dat de titel uithuisplaatsing onvoldoende is voor gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Voor een dergelijke gedwongen opname moet ook voor een onder toezicht gestelde een toetsing aan de criteria van de Wet Bopz plaatsvinden.

5 STANDPUNT OP HET RVZ-ADVIES «BETER (Z)ONDER DWANG?»

5.1 Ambulante dwangbehandeling

Inleiding

De Evaluatiecommissie heeft in het kader van de evaluatie in het bijzonder aandacht besteed aan de problematiek van de verkommerden en verloederden. In dat verband heeft de Evaluatiecommissie aangegeven dat er sprake is van «het ontbreken van voldoende mogelijkheden tot interventie liggende tussen de (vrijwillige) ambulante behandeling en (gedwongen) intramurale opname.»

De Evaluatiecommissie beveelt vanuit dit perspectief onderzoek aan naar de wenselijkheid en (juridische) mogelijkheid van het introduceren van een voorwaardelijke rechterlijke machtiging. De Wet Bopz kent op dit moment uitsluitend een rechterlijke machtiging die strekt tot gedwongen opname. Onder een voorwaardelijke rechterlijke machtiging wordt verstaan een rechterlijke machtiging, die strekt tot gedwongen opname, maar die pas ten uitvoer wordt gelegd als de patiënt zich aan de voorwaarden van de ambulante (dwang)behandeling onttrekt. Met een voorwaardelijke rechterlijke machtiging wordt het mogelijk ambulante dwangbehandeling op te leggen, als alternatief voor een gedwongen opname.

Deze machtiging wordt kortweg aangeduid met ambulante dwangbehandeling. De Evaluatiecommissie heeft echter wel de aandacht gevestigd op een aantal vraagpunten. Wat is de feitelijke meerwaarde van deze vorm van dwangtoepassing ten opzichte van de huidige mogelijkheden? Op welke wijze kunnen juridische waarborgen worden aangebracht en op welke wijze moet deze mogelijkheid van ambulante dwangbehandeling worden vormgegeven? De Evaluatiecommissie heeft zich bij de formulering van de aanbevelingen omtrent ambulante dwangbehandeling dan ook terughoudend opgesteld. De commissie stelt nader onderzoek voor naar de wenselijkheid en de juridische implicaties en vormgeving van ambulante dwangbehandeling (aanbeveling 40).

Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft naar aanleiding van onder meer de aanbeveling van de Evaluatiecommissie inzake onderzoek naar de wenselijkheid van ambulante dwangbehandeling, advies gevraagd aan de RVZ met het oog op het kabinetsstandpunt op dit onderdeel. De RVZ heeft vervolgens advies uitgebracht, waarin onder meer wordt gewezen op de wenselijkheid van ambulante dwangbehandeling, als alternatief voor gedwongen opname. Zowel de Evaluatiecommissie als de RVZ zien twee oorzaken die aan de behoefte aan nieuwe interventiemogelijkheden ten grondslag liggen. In de eerste plaats wordt gewezen op extramuralisering van de GGZ. De laatste jaren heeft een uitstroom plaatsgevonden van veelal chronische patiënten vanuit psychiatrische ziekenhuizen naar de maatschappij. Deze personen ondergaan daar hun ambulante behandeling. Voorts geven de Evaluatiecommissie en de RVZ aan dat ook een toename van therapeutische mogelijkheden, waaronder de verhoogde effectiviteit van psychofarmaca bij bijvoorbeeld schizofrenie en manische depressiviteit, een belangrijke factor is geweest. De RVZ heeft in haar advies ten aanzien van ambulante dwangbehandeling de bescherming van de rechtspositie van de patiënt, als uitgangspunt genomen. De RVZ staat – net als de Evaluatiecommissie – in beginsel positief tegenover het idee van alternatieve ambulante dwangbehandeling. De RVZ concludeert dat in ieder geval aan een aantal randvoorwaarden zal moeten worden voldaan. De RVZ formuleert de navolgende voorwaarden:

- 1) De criteria voor ambulante dwangbehandeling als alternatief voor gedwongen opname moeten gelijk zijn aan de criteria voor gedwongen opname.
 - Indien de criteria voor ambulante dwangbehandeling ruimer zijn dan die voor gedwongen opname, kunnen problemen ontstaan ten aanzien van de handhaving. Indien de voorwaarden voor ambulante dwangbehandeling niet worden nageleefd, terwijl nog niet aan de voorwaarden voor gedwongen opname is voldaan, kan geen gedwongen opname plaatsvinden;
 - Ruimere criteria voor ambulante dwangbehandeling hebben tot gevolg dat de mogelijkheden voor dwangtoepassing op patiënten toenemen. Een toename in de dwangtoepassing betekent vervolgens een verslechtering van de rechtspositie van de patiënt, hetgeen niet strookt met het uitgangspunt dat de RVZ hanteert.
- 2) Ambulante dwangbehandeling als alternatief voor een gedwongen opname moet een keuzemogelijkheid voor de patiënt zijn.
 - Door de patiënt de mogelijkheid te geven zelf te bepalen of hij de voorkeur geeft aan ambulante dwangbehandeling of aan gedwongen opname, worden voor een belangrijk deel de knelpunten die zich rond dwangbehandeling en gedwongen opname voordoen, opgelost. Bij afwezigheid van een keuzemogelijkheid zal bijvoorbeeld een knelpunt kunnen zijn of in bepaalde situaties de ambulante dwangbehandeling of juist de gedwongen opname de meest zware inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt betekent. Dit is niet alleen afhankelijk van de duur van de ambulante behandeling of gedwongen opname, maar ook bijvoorbeeld van de individuele beleving van de patiënt zelf. De patiënt kan bij ambulante dwangbehandeling langer in zijn eigen sociale omgeving blijven, terwijl ook daadwerkelijk behandeling plaatsvindt in plaats van een gedwongen opname.
- 3) Ambulante dwangbehandeling als alternatief voor een gedwongen opname moet de modaliteit krijgen van een rechterlijke machtiging.
 - In tegenstelling tot het voorwaardelijk ontslag en verlof is bij ambulante dwangbehandeling niet de instelling maar de rechter bevoegd tot het stellen van voorwaarden en het uitoefenen van het toezicht. Zowel de uitvoering als de naleving kunnen op een meer objectieve wijze plaatsvinden door middel van een rechterlijke toetsing.
- 4) Ambulante dwangbehandeling als alternatief voor een gedwongen opname moet steeds gepaard gaan met een «ambulante steunstructuur»
 - Een casemanager of zorgcoördinator moet de patiënt begeleiden en erop toezien dat afspraken en voorwaarden worden nageleefd. Dwangtoepassing moet immers als middel en niet als doel worden aangemerkt.

Doelgroep

Voor de groep patiënten, voor wie alternatieve ambulante dwangbehandeling in het bijzonder geschikt kan zijn, verwijst de RVZ met name naar chronische psychiatrische patiënten, van wie bekend is dat bepaalde medicatie effectief is. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan manisch depressieve of schizofrene patiënten. Voornamelijk bij deze patiënten, van wie het verloop van het ziekteproces in zekere mate voorspelbaar is en die zich veelal buiten het psychiatrisch ziekenhuis kunnen handhaven, zolang zij hun medicatie blijven gebruiken, kan ambulante dwangbehandeling een waardevolle aanvulling zijn. De RVZ is verder van mening dat deze vorm van ambulante dwangbehandeling geen geschikte oplossing is voor de verkommerden en

verloederdenproblematiek. Voor deze personen is een meer laagdrempelig zorgaanbod nodig.

Kabinetstandpunt

Bij de formulering van het standpunt rondom ambulante dwangbehandeling heeft het kabinet zowel de bevindingen van de Evaluatiecommissie, als die van de RVZ in aanmerking genomen. Beide laten zich in beginsel positief uit over alternatieve ambulante dwangbehandeling, maar vestigen daarbij wel de aandacht op een aantal vraag- en knelpunten. Daarnaast zijn ook de reacties van de verschillende patiëntenorganisaties waaronder de Stichting Schizofrenie Nederland en Ypsilon, die naar aanleiding van het evaluatierapport zijn ontvangen, in de beoordeling betrokken.

Het kabinet is met de Evaluatiecommissie en de RVZ van mening dat ambulante dwangbehandeling als alternatief voor een gedwongen opname, een zinvolle aanvulling zou kunnen zijn op de huidige mogelijkheden van dwangtoepassing van de Wet Bopz. Het kabinet is voornemens daarvoor een regeling uit te werken. Van belang is tevens het advies van de Inspectie over ambulante dwangbehandeling, dat tijdens de evaluatieperiode is uitgebracht. Ook de Inspectie geeft daarin aan dat ambulante dwangbehandeling een waardevolle aanvulling is, waaraan ook het veld behoefte heeft.

Verlof en ontslag onder voorwaarden

Daarnaast is het kabinet van mening dat bij het voorzien in de behoefte aan nieuwe vormen van ambulante dwangbehandeling, tevens gekeken moet worden of de bestaande mogelijkheden van ambulante dwangbehandeling voldoende worden toegepast. Op grond van de Wet Bopz is het op dit moment al mogelijk om na een gedwongen opname, ambulante dwangbehandeling op te leggen. Hierbij stelt de instelling waar de betrokkene was opgenomen, voorwaarden bij het verlof en ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis. Deze voorwaarden kunnen zowel betrekking hebben op het innemen van medicatie als op het volgen van een therapie. Aan deze vorm van ambulante dwangbehandeling moet wel steeds een gedwongen opname zijn vooraf gegaan. De RVZ heeft aangegeven dat er op dit moment geen bruikbare gegevens voorhanden zijn over de mate waarin deze vorm van ambulante dwangbehandeling in de zin van verlof en ontslag onder voorwaarden in de huidige praktijk wordt toegepast. De RVZ stelt dat deze gegevens beschikbaar dienen te komen, maar tevens dat deze vorm van ambulante dwangbehandeling nog meer onder de aandacht van de instellingen en patiënten moet worden gebracht. Het kabinet sluit zich aan bij de stellingname van de RVZ dat bij een toename in de toepassing van verlof en ontslag onder voorwaarden al gedeeltelijk in de behoefte aan vormen van ambulante dwangbehandeling zal worden voorzien. Overigens merkt het kabinet tot slot op dat de verlof en ontslag regeling niet in de Wet Bopz zijn opgenomen met als doelstelling ambulante dwangbehandeling mogelijk te maken.

5.2 Zelfbindingsverklaringen

Inleiding

In de psychiatrie komen patiënten voor die regelmatig periodes van bekwaamheid afwisselen met periodes van onbekwaamheid. Met

betrekking tot dergelijke patiënten wordt gepleit voor een regeling die het mogelijk maakt dat verklaringen omtrent toekomstig medisch ingrijpen, afgelegd in een periode van bekwaamheid, rechtsgevolgen hebben voor medisch ingrijpen in periodes van onbekwaamheid. Een dergelijke regeling wordt al een aantal jaren bediscussieerd. Naast mogelijk machtsmisbruik en oncontroleerbaarheid van de behandelaar worden in hoofdzaak juridische bezwaren tegen een zodanige regeling aangevoerd. De Evaluatiecommissie acht een zelfbindingsregeling een zinvolle aanvulling op de interventiemogelijkheden die het huidige wettelijke kader biedt. De Evaluatiecommissie bepleit wel nader onderzoek naar de juridische implicaties en vormgeving. De RVZ heeft in haar advies aan het onderwerp zelfbinding in de GGZ aandacht besteed. De Raad constateert dat er een zekere consensus lijkt te bestaan dat voor een beperkte groep patiënten zelfbinding als «dwang op verzoek» mogelijkheden biedt. De Raad acht het investeren in het juridisch mogelijk maken van zelfbinding als «dwang op verzoek» op dit moment niet opportuun. De Stichting Pandora heeft als standpunt dat zelfbinding kan voorkomen dat mensen onnodig lang van adequate hulp verstoken blijven omdat ze in geval van crisis de hulp weigeren, waarvoor zij in een heldere periode kiezen.

Kabinetsstandpunt

Wij zijn met de Evaluatiecommissie en de Stichting Pandora van mening dat een zelfbindingsregeling in het belang is van patiënten, mits deze – met het oog op de rechtsbescherming van de betrokkene – met voldoende waarborgen is omkleed. De Stichting Pandora acht de tijd rijp om een experiment te starten. Dit is echter niet mogelijk, omdat aantasting van fundamentele rechten aan de orde is, waarvoor een wettelijke basis moet bestaan. Aan de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek is advies gevraagd inzake de mogelijke juridische en ethische knelpunten bij zelfbindingsverklaringen. Zoals opgemerkt spreekt de gedachte van een zelfbindingsregeling ons in principe aan. Daarom hebben wij bezien aan welke juridische voorwaarden een regeling zou moeten voldoen en komen tot een volgende opzet in hoofdlijnen:

1. De doelgroep van de regeling is: personen die gestoord zijn in hun geestvermogens, zonder nadere specificatie. De aard van de regeling brengt mee dat de feitelijke doelgroep beperkt zal zijn tot personen die regelmatig ontregeld raken, maar daarnaast heldere periodes hebben.
2. Er zal sprake moeten zijn van een rechterlijke machtiging die de opname legitimeert. Voor het verlenen van een rechterlijke machtiging is in dit geval niet gevaar of de andere criteria van de Wet Bopz de toetssteen, maar de door de patiënt, in volledige vrijheid en welbewust afgelegde verklaring. We spreken bewust niet van contract, omdat we geen civielrechtelijke, maar een publiekrechtelijke regeling voorstaan.
3. Op het moment dat een machtiging op basis van de verklaring wordt verleend, moet de betrokkene een stoornis van de geestvermogens hebben en dientengevolge niet tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake in staat zijn.
4. De verklaring moet inhouden dat betrokkene in de in de verklaring vermelde omstandigheden opgenomen wil worden in een psychiatrisch ziekenhuis en bereid is alsdan de in de verklaring opgenomen behandeling te ondergaan, ook al ontbreekt hem op dat moment de nodige bereidheid.
5. De rechter zal moeten toetsen of de in de verklaring vermelde omstandigheden zich daadwerkelijk voordoen en

of betrokkene zodanig gestoord is dat hij niet in staat is tot een redelijk waardering van zijn belangen terzake. Dit zal moeten blijken uit een geneeskundige verklaring van een onafhankelijk psychiater.

6. Gezien de ingrijpende consequenties die de verklaring heeft zal de wet moeten waarborgen dat de verklaring in vrijheid en volle bewustzijn is afgelegd en dat de omstandigheden waaronder men opgenomen kan worden en de behandeling die voor alsdan wordt afgesproken, de toets der kritiek kan doorstaan.

Dit leidt tot het navolgende stelsel van procedurele waarborgen en eisen:

- a. de patiënt en de behandelend psychiater stellen samen een ontwerp verklaring op waarin wordt aangegeven:
 - onder welke omstandigheden de patiënt opgenomen en behandeld wil worden al ontbreekt hem op het moment dat die omstandigheden zich voordoen daartoe de nodige bereidheid;
 - b. een onafhankelijk psychiater beoordeelt:
 - of de patiënt bij het afleggen van de verklaring in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake;
 - of de geformuleerde voorwaarden waaronder opname en behandeling kan plaatshebben en de voorgestelde behandeling in overeenstemming zijn met het doel van de verklaring, namelijk dat de opname en behandeling gericht op het zodanig verbeteren van de situatie van de patiënt dat hij zich weer buiten de instelling kan handhaven;
 - of de overeengekomen behandeling de minst ingrijpende middelen inzet waarmee dat doel kan worden bereikt.

Alleen bij een positief oordeel van de onafhankelijk psychiater kan de verklaring worden vastgesteld;
 - c. de verklaring moet schriftelijk worden vastgelegd;
 - d. de verklaring moet gedateerd zijn;
 - e. de verklaring moet worden ondertekend door de patiënt, de behandelaar en de onafhankelijke psychiater;
 - f. de patiënt en de behandelaar moeten een exemplaar van de verklaring in hun bezit hebben;
 - g. omdat de verklaring gebruikt zal moeten worden op het moment dat de patiënt zich daar niet aan zal willen houden en derhalve de signalen dat het moment voor het gebruik ervan is aangebroken van anderen zal moeten komen (de behandelaar of de familie) zal een afschrift van de verklaring moeten worden gezonden aan de naaste familie;
 - h. om falsificatie uit te sluiten, zal de verklaring bij een officiële instantie bewaard moeten worden;
7. de verklaring moet kunnen worden ingetrokken. Om te voorkomen dat het instrument nutteloos is, zal voorwaarde moeten zijn dat betrokkene op het moment van intrekking weet wat hij doet, hetgeen moet blijken uit een geneeskundige verklaring van een psychiater. Iedereen die de verklaring heeft gekregen, moet op de hoogte worden gesteld van de intrekking;
 8. de verklaring moet een in de wet vastgelegde maximale geldigheidsduur hebben. Bij het bepalen van die termijn is van belang hoe lang de medische wetenschap enigszins redelijk vooruit kan denken. Dit is vooral van belang in

verband met de voorgestelde behandeling. In ieder geval zal de verklaring moeten vervallen zodra daarop een machtiging gebaseerd is geweest;

9. we zouden er aan willen vasthouden dat de machtiging wordt verleend op vordering van de officier van justitie. Deze zou, net als bij de gewone machtiging, ambtshalve moeten kunnen vorderen of op verzoek van de familie.

Het kabinet meent met deze uiteenzetting een gerichte aanzet te hebben gegeven voor een verdere discussie op het punt van zelfbinding. Hierover zal te zijner tijd, zoals toegezegd bij de in ontvangstneming van het evaluatierapport, overleg plaats vinden met relevante partijen in het veld.

5.3 Criteria voor dwangbehandeling ex Wet Bopz

Inleiding

Bij de inwerkingtreding van de Wet Bopz en ook tijdens de evaluatie is van verschillende zijden kritiek geuit op de regeling voor dwangbehandeling in de Wet Bopz. Van de kant van belangenorganisaties voor psychiatrische patiënten en familieleden van psychiatrische patiënten (Stichting Schizofrenie Nederland en Ypsilon) is aangevoerd dat de mogelijkheden van de Wet Bopz voor dwangbehandeling, met name bij personen die lijden aan schizofrenie of psychosen, te beperkt zouden zijn. Het gaat hierbij om personen die – al dan niet als gevolg van hun geestesstoornis – geen ziekte-inzicht hebben en om die reden dan ook behandeling weigeren, terwijl geen mogelijkheden voorhanden zijn om hen onder dwang te behandelen. Dit zou leiden tot gezondheidsschade die bij een ruimere regeling voor dwangbehandeling in de Wet Bopz voorkomen zou kunnen worden. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft naar aanleiding van deze signalen in haar adviesaanvraag aan de RVZ ook de vraag voorgelegd of het wenselijk of noodzakelijk is de mogelijkheden voor dwangbehandeling uit te breiden, welke categorie patiënten dit zou kunnen betreffen, onder welke voorwaarden en voor welke behandelingen dit zou kunnen gelden.

Gedwongen opname en gedwongen behandeling in de Wet Bopz

In de hoofdstuk 1 is al uiteengezet dat de Wet Bopz primair als een «opnamewet» moet worden beschouwd en dat een gedwongen behandeling uitsluitend mogelijk is met betrekking tot een patiënt die op grond van de wet Bopz is opgenomen en indien die behandeling volstrekt noodzakelijk is om situaties waarin sprake is van ernstig gevaar af te wenden. Zoals ook elders in deze nota is vermeld, staat de bescherming van de rechtspositie van de patiënt centraal. Uitgangspunt in de Wet Bopz is dan ook dat de inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht van patiënten steeds zo gering mogelijk moet zijn. Dit heeft ertoe geleid dat voor dwangtoepassing in de Wet Bopz in beginsel volstaan moet worden met een gedwongen opname. Hiervoor geldt onder meer het gevaars-criterium. Een gedwongen opname heeft dan ook nog niet tot gevolg dat op die patiënt zonder meer dwangbehandeling mag worden toegepast. Dit is eerst mogelijk indien sprake is van een ernstige gevaarssituatie. Voor behandeling van patiënten – en dus ook voor gedwongen opgenomen patiënten – is in beginsel toestemming van de patiënt vereist. In het gezondheidsrecht is de toestemmingeis voor behandeling «informed consent» als grondbeginsel aanvaard. Zo is het «informed consent» van de patiënt zowel in de Wet Bopz, als in de WGBO als een vereiste voor behandeling opgenomen.

Een gedwongen opgenomen patiënt kan dus uitsluitend worden behandeld zonder dat hij daarvoor zijn toestemming heeft gegeven, indien sprake is van een ernstige gevaarssituatie. In termen van de Wet Bopz wordt in zo'n situatie gesproken van dwangbehandeling. Bij de toepassing van dwangbehandeling is niet van belang of de patiënt wel of niet in staat wordt geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van zijn behandeling. Evenmin spelen de soort behandeling of de mate van effectiviteit van die behandeling voor de geestesstoornis een rol bij de vraag of dwangbehandeling mag worden toegepast. Toepassing van dwangbehandeling in het kader van de Wet Bopz gaat dan ook niet in op behandelings- of genezingsmotieven, maar op beveiligingsmotieven. Uitsluitend het hoofd bieden aan een ernstige gevaarssituatie is van belang.

Kritiekpunten

De kritiek van onder andere de Stichting Schizofrenie Nederland en Ypsilon heeft betrekking op die systematiek van de Wet Bopz en de eisen die gesteld worden voor het toepassen van dwangbehandeling. Als gevolg daarvan zouden patiënten, die lijden aan schizofrenie of psychosen, veelal niet kunnen worden behandeld. Zij menen immers niet ziek te zijn en weigeren dan ook elke vorm van behandeling die op die ziekte is gericht. Dit terwijl wèl succesvolle behandelingsmethoden voorhanden zouden zijn. Het advies van de RVZ ligt in dezelfde lijn wat betreft de kritiek op dit punt. De RVZ is van oordeel dat de regeling voor dwangbehandeling in de Wet Bopz voor bepaalde patiënten leidt tot onbevredigende situaties. Voor personen die niet in staat zijn tot een redelijke waardering van hun belangen ter zake van hun ziekte, leidt de regeling van de Wet Bopz ertoe dat zij onvoldoende bescherming c.q. zorg krijgen, omdat hun weigering mee te werken aan een behandeling wordt gerespecteerd. Indien een effectieve behandeling voor de geestesstoornis van de patiënt bestaat zou – in de visie van de RVZ – dwangbehandeling mogelijk moeten zijn.

Kabinetstandpunt

Het kabinet deelt de conclusie van de RVZ dat de huidige criteria voor dwangbehandeling van de Wet Bopz voor die categorie patiënten (zonder ziekte-inzicht) in sommige situaties te weinig ruimte voor effectieve zorgverlening zouden kunnen bieden. Hun weigering om een behandeling te ondergaan, die wel een aanzienlijke verbetering of genezing van hun ziekte of stoornis kan betekenen, wordt ten onrechte gerespecteerd. Het kabinet staat dan ook positief tegenover het advies van de RVZ om de mogelijkheden voor dwangbehandeling voor die categorie patiënten te verruimen.

De RVZ heeft echter ook aangegeven dat die verruiming voor mogelijkheden van dwangbehandeling bij die groep patiënten niet op eenvoudige en uniforme wijze kan worden vormgegeven. Een algemene regeling acht de Raad niet mogelijk. Oplossingen moeten worden gezocht in de praktijk van de gezondheidszorg en zullen veelal afhankelijk zijn van de situatie van de individuele patiënt in de optiek van de RVZ. Ook het kabinet is van mening dat ten aanzien van verruiming van dwangbehandeling de nodige voorzichtigheid in acht moet worden genomen. Een regeling daaromtrent betekent immers een verstrekkende inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht van de gedwongen opgenomen patiënt en dient om die reden dan ook met de nodige waarborgen te worden omkleed.

Het kabinet neemt de aanbeveling van de RVZ ter harte om meer gegevens te verkrijgen die van belang zijn voor de besluit-

vorming over uitbreiding van de regeling van dwangbehandeling. Daarvoor is zowel juridisch als zorginhoudelijk onderzoek nodig. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft daartoe reeds een adviesaanvraag doen uitgaan aan de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek. Zoals ook reeds in paragraaf 5.1 van deze nota is vermeld, is deze organisatie gevraagd voorstellen te doen voor onderzoeksprogramma's waarbij ethische en juridische argumenten over dwangtoepassing in de gezondheidszorg worden meegenomen. Dit jaar nog zullen de onderzoekers in de gelegenheid worden gesteld voorstellen voor onderzoeksprogramma's in te dienen. De resultaten van dit onderzoek zijn van belang bij verdere besluitvorming over dit onderwerp.

6 SLOTBESCHOUWING

Dit kabinetsstandpunt op de evaluatie van de Wet Bopz stelt vele, vaak fundamentele, onderwerpen aan de orde. Het kabinet heeft zich in belangrijke mate laten leiden door de bevindingen van de Evaluatiecommissie en de RVZ en de signalen die rechtstreeks vanuit de praktijk zijn ontvangen. Belangrijk is dat de wet op hoofdlijnen goed te blijkt voldoen aan het doel: de versterking en bescherming van de rechtspositie van de patiënt voor wie een gedwongen opname aan de orde is. Op onderdelen zal de Wet Bopz op basis van de aanbevelingen en adviezen worden aangepast. Het gaat hier vooral om concrete aanpassingen waardoor het toepassen van de wet in de praktijk wordt verbeterd.

Uit de evaluatie blijkt dat er behoefte is aan meer voorlichting over een aantal cruciale onderdelen van de wet, met name over de toepassing van het gevaarscriterium. Het kabinet zal dan ook samen met de koepelorganisaties en de Inspectie een voorlichtingsplan ontwikkelen en uitvoeren. Deze voorlichting zal zich in het bijzonder richten op de hulpverleners op de werkvloer en de uitvoerenden in overige bij de wet betrokken organisaties. De voorlichting zal daarnaast niet alleen betrekking hebben op de toepassing van de wet, maar nadrukkelijk ook op de verantwoordelijkheden van de instanties en organisaties voor een adequaat extramuraal zorgaanbod voor de kwetsbare groepen in de samenleving.

Met betrekking tot een aantal belangrijke onderwerpen is naar het oordeel van het kabinet eerst een discussie met het parlement noodzakelijk, alvorens tot definitieve conclusies kan worden gekomen. Het gaat daarbij met name om onderwerpen waarbij de vraag aan de orde is bij wie, in welke situaties en onder welke voorwaarden het gerechtvaardigd is dwang toe te passen. Dit standpunt geeft de inzet van het kabinet voor deze discussie weer. De uitkomsten van deze discussie zullen vervolgens de grondslag vormen voor het ontwikkelen van voorstellen tot wijziging van de Wet Bopz.