

2. DWANG EN DRANG BUITEN DE INSTELLING

Mr. dr. L.A.P. Arends
Mr. dr. K. Blankman
Prof. mr. J.C.J. Dute

Maart 2007

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

1.	Inleiding	5
2.	Vraagstelling en onderzoeksmethoden	9
2.1	Vraagstelling	10
2.2	Literatuur- en jurisprudentieonderzoek	11
2.3	Kwantitatieve onderzoeksfase: de enquête	11
2.3.1	Inhoud vragenlijst	12
2.4	Kwalitatieve onderzoeksfase	13
2.4.1	Interviews	13
2.4.2	Panelbijeenkomst cliëntenorganisaties	15
2.4.3	Invitational conference	15
2.5	Beschouwing	16
3.	Literatuurstudie	17
3.1	Inleiding	18
3.2	Wettelijk kader	18
3.3	Achtergronden en toelichtingen uit de parlementaire stukken	23
3.3.1	Inleiding	23
3.3.2	Verhouding voorwaardelijke machtiging - paraplumachtiging	24
3.3.3	Doelgroep	25
3.3.4	De behandelaar	26
3.3.5	De rol van familie en andere naasten van de patiënt	28
3.3.6	De voorwaardelijke machtiging en de patiëntenvertrouwenspersoon	29
3.3.7	Art. 8a Wet Bopz: ambtshalve wijziging machtiging rechter?	30
3.3.8	Verwachte gevolgen van de introductie van de voorwaardelijke machtiging	32
3.3.9	Op handen zijnde wijzigingen van de regeling van de voorwaardelijke machtiging (wetsvoorstel 30 492)	32
3.3.10	Conclusie onderzoek parlementaire stukken	36
3.4	Jurisprudentieonderzoek	37
3.4.1	Inleiding	37
3.4.2	Instemming met behandelingsplan / bereidverklaring tot naleven voorwaarden (art. 14a lid 5 en 8 Wet Bopz)	38
3.4.3	Toelaatbaarheid paraplumachtiging na invoeren regeling voorwaardelijke machtiging	40
3.4.4	Toepassing art. 8a Wet Bopz	42
3.4.5	Voorwaarden	43
3.4.6	Voorwaardelijke machtiging en verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis	45
3.4.7	Overige onderwerpen	47
3.4.8	Conclusie jurisprudentieonderzoek	49
3.5	Overige literatuur	49
3.5.1	Jaarbericht IGZ 2005	50

3.5.2	'De voorwaardelijke machtiging in de praktijk'	51
3.5.3	'Thuis onder voorwaarden'	52
3.6	Conclusie	53
4.	Kwantitatief onderzoek	55
4.1	Inleiding	56
4.2	Betrouwbaarheid	56
4.3	Resultaten	57
4.3.1	Inzicht in en kennis van de Wet Bopz en de Wgbo	57
4.3.2	Mogelijkheden van de Wet Bopz en knelpunten met andere wetten	58
4.3.3	Afwijzing van het verzoek en het behandelingsplan	59
4.3.4	Artikel 8a, wijzigingen door de rechter en de verlenging	61
4.3.5	Vergelijking met de paraplumachtiging	62
4.3.6	Initiatief tot een voorwaardelijke machtiging, andere machtigingen en vaststellen wilsonbekwaamheid	63
4.3.7	Vrijheidsbeperkingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis en buiten het kader van de Wet Bopz	65
4.3.8	Wijzigingsvoorstellen van de wetgever en algemene waardering	66
4.4	Conclusie	67
5.	Kwalitatief onderzoek	71
5.1	Inleiding	72
5.2	Frequentie gebruik	72
5.3	Doelgroep	74
5.4	Procedure	81
5.4.1	Initiatief	81
5.4.2	Behandelingsplan en op te leggen voorwaarden	82
5.4.3	Informed consent	89
5.4.4	Opneming van personen met een voorwaardelijke machtiging	92
5.4.5	Conversie, verlenging en de mogelijkheid vrijwillig op te nemen	96
5.4.6	Gebruik art. 8a Wet Bopz	99
5.5	Toezicht	102
5.6	Dwang en drang buiten het Bopz-kader	104
5.7	Klachtrecht en de rol van de patiëntenvertrouwenspersoon	106
5.8	Tot slot	110
6.	Conclusies en aanbevelingen	111
6.1	Inleiding	112
6.2	Onderzoeksmethoden	112
6.3	Analyse dataverzameling	113
6.3.1	Frequentie gebruik	113
6.3.2	Doelgroep	114
6.3.3	Behandelingsplan en op te leggen voorwaarden	115

6.3.4	Procedure	116
6.3.5	Toezicht	122
6.3.6	Dwang en drang buiten het Bopz-kader	122
6.3.7	Klachtrecht en de rol van de patiëntenvertrouwenspersoon	123
6.3.8	Slotbeschouwing	124
Bijlage I: Overzicht bestudeerde jurisprudentie en literatuur		128
Bijlage II: Stellingen en toelichtingen t.b.v. valideringsbijeenkomst		131

1. INLEIDING

De Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) die op 17 januari 1994 werd ingevoerd, bevat in artikel 71 een verplichting voor de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) om in overeenstemming met de Minister van Justitie iedere vijf jaar aan de Staten-Generaal een verslag toe te zenden van de wijze waarop de Wet Bopz wordt toegepast. In het kader van de derde evaluatie van deze wet is gekozen voor het evalueren van enkele onderdelen van de wet. Dit onderzoeksrapport bevat de uitkomsten van een deelonderzoek naar de voorwaardelijke machtiging en in het verlengde daarvan naar situaties van dwang en drang buiten de psychiatrische ziekenhuizen.

De voorwaardelijke machtiging is vrij recent, op 1 januari 2004, ingevoerd en heeft dubbele reacties opgeroepen. Enerzijds wordt deze machtiging beschouwd als een welkome aanvulling van de wet en als een geschikt behandelinstrument, anderzijds, en dat bleek ook bij veel respondenten in dit deelonderzoek, is het een te scherp afgestelde regeling, onder meer omdat voor het verlenen van deze machtiging instemming van de patiënt is vereist. Ten tijde van het uitvoeren van het evaluatieonderzoek was overigens bij de Tweede Kamer een wetsontwerp in behandeling waarmee aan dit bezwaar tegemoet wordt gekomen.¹

De waarde van dit onderzoeksrapport is niet alleen dat de uitkomsten ervan de voorstellen van de wetgever in grote lijnen lijken te ondersteunen, maar ook dat het een aantal relevante uitkomsten bevat betreffende toepassing en opvattingen van dit deel van de Wet Bopz en over dwang en drang buiten de psychiatrische ziekenhuizen. De verzamelde data vormen aanleiding om zowel de bestaande als de voorgestelde regelgeving inzake de voorwaardelijke machtiging en de daarmee samenhangende regeling van het voorwaardelijk ontslag goed tegen het licht te houden en op onderdelen een wijziging te overwegen.

Voor een fundamentele wijziging van de Wet Bopz bevat deze rapportage geen krachtige argumenten. De basale aan de evaluatie ten grondslag liggende vraag of de Wet Bopz beantwoordt aan de doelstellingen, kon op basis van dit onderzoek slechts beperkt worden beantwoord. Wat betreft de voorwaardelijke machtiging is het antwoord deels bevestigend en deels ontkennend. In meer algemene zin raakt de vraag een bredere discussie die aansluit bij het huidige debat inzake het streven naar een behandelwet. Het kantelen van de Wet Bopz die vanouds gericht is op het uit de samenleving verwijderen en doen opnemen van personen die 'gevaarlijk en gek' zijn in een psychiatrisch ziekenhuis, in een minder publiekrechtelijk georiënteerde wet die aan personen die lijden aan een psychiatrische stoornis en daardoor gevaar veroorzaken, behandeling aanbiedt - desnoods onder dwang en desnoods middels een opname - betreft een afweging die niet alleen juridische maar ook rechtspolitieke keuzes behelst. Voor wat dit deelonderzoek betreft, zou een

wijziging die daarin resulteert dat de overgang tussen voorwaardelijk buiten het ziekenhuis en opgenomen in het ziekenhuis minder stroef verloopt, een belangrijke verbetering zijn.

Het rapport kent na de inleiding zes hoofdstukken. Hoofdstuk 2 gaat dieper in op de vragen die aan dit onderzoek ten grondslag liggen en beschrijft de onderzoeksmethoden die gebruikt zijn om deze nader uit te werken. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van de literatuurstudie en het jurisprudentieonderzoek. In de hoofdstukken 4 en 5 worden de uitkomsten behandeld van het kwantitatieve en het kwalitatieve onderzoek. Het kwantitatieve onderzoek betrof een enquête die door respondenten digitaal kon worden ingevuld en verstuurd. De enquête was gericht op het verzamelen van gegevens voor meerdere deelonderzoeken en slechts een deel van de vragen had specifiek betrekking op de voorwaardelijke machtiging en drang en dwang buiten de psychiatrische ziekenhuizen. Hoofdstuk 4 bevat de voor dit deelonderzoek relevante uitkomsten. In het daarop volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de resultaten van de gehouden interviews. Het rapport sluit in hoofdstuk 6 af met conclusies en enkele aanbevelingen.

2. VRAAGSTELLING EN ONDERZOEKSMETHODEN

2.1 Vraagstelling

Dit onderzoek maakt deel uit van de derde evaluatie van de Wet Bopz. De hoofdvraag van deze derde evaluatie luidt:

Functioneert de Wet Bopz na de diverse aanpassingen en de verbeterde voorlichting op adequate wijze, en welke wijzigingen zijn eventueel noodzakelijk?

Specifieke aandachtspunten bij deze derde evaluatie zijn in de eerste plaats de internationale context, in de tweede plaats de positie van patiënten met een andere etnische achtergrond en ten derde de op 1 januari 2004 in werking getreden voorwaardelijke machtiging.²

Dit deelonderzoek behandelt het derde hierboven genoemde aandachtspunt, de voorwaardelijke machtiging. De kern van de voorwaardelijke machtiging is dat de betrokken patiënt zich met een dergelijke maatregel buiten de instelling kan handhaven, mits hij zich aan het opgelegde behandelingsplan en de bijbehorende voorwaarden houdt. Met deze machtiging heeft de reikwijdte van de Wet Bopz zich derhalve uitgebreid tot buiten de muren van het psychiatrisch ziekenhuis. In het verlengde daarvan ligt het voor de hand te bezien in hoeverre ook buiten het kader van zo'n machtiging in de praktijk wordt omgegaan met dwang en drang buiten de instelling bij psychiatrische patiënten. Het vigerende wettelijke kader daarbij is de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo). In relatie tot de Wet Bopz is het interessant te onderzoeken in hoeverre de Wgbo een oplossing biedt voor de problematiek van vrijwilligheid en dwang, en voor de fase waarin onduidelijk is of er voldoende redenen bestaat voor een interventie op grond van de Wet Bopz. Bij dit laatste kan bijvoorbeeld worden gedacht aan bemoeizorgprojecten.

De volgende hoofdvragen liggen aan dit onderzoeksdeel ten grondslag:

1. Wat heeft de wetgever bedoeld met de invoering van de voorwaardelijke machtiging en beantwoordt de praktijk hieraan?
2. Op welke punten is met betrekking tot de voorwaardelijke machtiging en de toepassing van dwang en drang buiten de instelling verbetering mogelijk, en welke oplossingsrichtingen dienen zich aan?
3. In welke mate kan vanuit de Wgbo een oplossing worden gevonden voor problemen die de Wet Bopz oproept, en hoe kijkt de praktijk hier tegenaan?

De vragen zijn uitgewerkt door middel van verschillende, elkaar complementerende onderzoeksmethoden. Allereerst is een studie verricht van relevante kamerstukken,

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

jurisprudentie en overige literatuur. In paragraaf 2.2 wordt deze nader uiteengezet. In de tweede plaats was er een kwantitatief onderzoeksgedeelte. Een beschrijving daarvan is terug te vinden in paragraaf 2.3. Tot slot is gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden, die nader worden belicht in paragraaf 2.4. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschouwing.

2.2 Literatuur- en jurisprudentieonderzoek

In dit onderdeel van het onderzoek zijn allereerst de kamerstukken geanalyseerd die betrekking hadden op de voorwaardelijke machtiging. Onderzocht is welke motieven aan de voorwaardelijke machtiging ten grondslag lagen en welke discussies hierover in het parlement zijn gevoerd. Ook de stukken die betrekking hebben op de meest recente wijzigingsvoorstellen (afschaffing informed consent-vereiste, vereenvoudiging opnemingsprocedure, behouden vrijwillige status na opneming mits niet langer dan drie dagen opgenomen) zijn in de analyse betrokken.

In de tweede plaats zijn zoveel mogelijk rechterlijke uitspraken verzameld die betrekking hadden op het al dan niet verlenen van een voorwaardelijke machtiging. De vindplaatsen waren *BJ* en www.rechtspraak.nl. Voor de periode van 1 januari 2004 tot 31 december 2006 zijn ruim 50 uitspraken gevonden. Verschillende vraagstukken kwamen in deze uitspraken aan de orde. De belangrijkste zijn: het informed consent-vereiste dat geldt ten aanzien van de vaststelling van het behandelingsplan en het naleven van de voorwaarden, de toelaatbaarheid van de paraplumachtiging na invoering van de voorwaardelijke machtiging, de toepassing van art. 8a Wet Bopz, de eisen die aan het behandelingsplan en de voorwaarden worden gesteld en de juridische status van patiënten met een voorwaardelijke machtiging die zich vrijwillig laten opnemen.

In de derde plaats is de literatuur geanalyseerd die in de afgelopen jaren over dit onderwerp is verschenen. Met name wordt verslag gedaan van drie onderzoeken die in 2004 en 2005 reeds naar het functioneren van de voorwaardelijke machtiging zijn verricht.³

De resultaten van dit onderzoeksdeel zijn terug te vinden in hoofdstuk 3.

2.3 Kwantitatieve onderzoeksfase: de enquête

In samenwerking met Prismant is een enquête opgezet voor behandelaars in de zorg, rechters, officieren van justitie en advocaten. De vragenlijst was bedoeld om kwantitatieve gegevens te verkrijgen ten behoeve van verschillende deelprojecten van deze derde Bopz-evaluatie. Een aantal vragen betrof het functioneren van de voorwaardelijke machtiging.

3 Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005); Perdok & Pracht (2005); Van 't Land & De Ruiter (2006).

In totaal zijn 3.500 respondenten aangeschreven.⁴ Op verzoek van de onderzoekers uit onderhavig deelonderzoek zijn met betrekking tot de voorwaardelijke machtiging in het bijzonder behandelaars aangeschreven die werkzaam zijn in de ambulante psychiatrie.

Het totale aantal respondenten, dat voor dit onderzoek relevant was, bedroeg 643. Het merendeel hiervan was behandelaar. Uit de groep die voor het evalueren van dit onderzoek met name relevant was, hebben 563 ambulante psychiaters, 38 rechters, 16 officieren van justitie en 26 advocaten gereageerd. De rechters, officieren van justitie en advocaten worden in dit rapport ook wel aangeduid met de term rechtspraakrespondenten. Een aantal vragen over de voorwaardelijke machtiging is uitsluitend aan de rechtspraakrespondenten voorgelegd. Slechts enkele vragen zijn voorgelegd aan de totale groep van 643 respondenten.

Een conceptvragenlijst is uitgeprobeerd bij een aantal proefrespondenten. In deze fase bleek dat de vragenlijst als geheel te lang was. Respondenten waren aanvankelijk niet in staat om alle vragen binnen een uur te beantwoorden. Naar aanleiding hiervan is de vragenlijst bijgesteld. Er is een aantal vragen geschrapt. Ook is een aantal vragen geherformuleerd. Tevens is ervoor gekozen niet alle vragen aan alle respondentengroepen voor te leggen.

2.3.1 Inhoud vragenlijst

Zoals gezegd bevatte de enquête vragen ten behoeve van alle deelonderzoeken. Deze vragen betroffen een diversiteit aan onderwerpen die lang niet alle relevant waren voor dit onderzoek. In deze paragraaf wordt daarom alleen de inhoud besproken van de vragen die van belang waren voor het onderzoek naar het functioneren van de voorwaardelijke machtiging en het toepassen van dwang en drang buiten de psychiatrische ziekenhuizen. De volgende onderwerpen kwamen in de vragenlijst aan de orde:

1. de frequentie van het gebruik van de voorwaardelijke machtiging binnen de zorgorganisatie;
2. de organisatie van de zorg rondom patiënten met een voorwaardelijke machtiging;
3. de mate waarin vrijheidsbeperkingen worden beschreven in het behandelingsplan en/of de voorwaarden;
4. de mate waarin vrijheidsbeperkingen worden toegepast buiten de context van een voorwaardelijke machtiging of de Wet Bopz;
5. de opname van patiënten en de omzetting van de voorwaardelijke machtiging;
6. de relatie tussen de voorwaardelijke machtiging en paraplumachtiging.

4 Zie voor een uitvoeriger beschrijving van de wijze waarop de deelnemers aangeschreven zijn deel 8 van deze derde evaluatie van de Wet Bopz.

Het ging voor het overgrote deel om gesloten vragen. Enkele vragen waarbij naar ervaringen of meningen werd gevraagd waren echter semi-gestructureerd van aard: de respondenten konden een antwoord aankruisen, maar daarnaast ook een toelichting geven. Een klein deel van de respondenten heeft hiervan gebruik gemaakt. De resultaten hiervan zijn meegenomen in het kwalitatieve onderzoeks-gedeelte dat in de volgende paragraaf wordt besproken.

2.4 Kwalitatieve onderzoeksfase

Met behulp van kwalitatieve onderzoeksmethoden kunnen ervaringen en meningen op een adequate wijze in beeld worden gebracht. Deze methode kon daardoor een bijdrage leveren aan het vinden van antwoorden op alledrie de hoofdvragen. Net als bij vorige wetsevaluaties is dit onderzoek opgezet aan de hand van een afgeleide Delphi-methode. Deze onderzoeksmethode was oorspronkelijk opgezet als onderzoeksinstrument bij evaluaties ex ante en is geschikt gemaakt voor evaluaties ex post, waarbij aanpassingen zijn gedaan omwille van de tijd waarbinnen het onderzoek plaats moest vinden en het type vraagstelling dat bij dit soort onderzoeken hoort.⁵ In dit evaluatieonderzoek zijn interviews gehouden, heeft er een panelbijeenkomst plaatsgevonden met cliëntenorganisaties en is er tot slot een invitational conference georganiseerd. Hieronder volgt een nadere uiteenzetting van deze drie onderdelen.

2.4.1 Interviews

Om een zo breed mogelijk inzicht te krijgen in het functioneren van de voorwaardelijke machtiging en het toepassen van dwang en drang in de ambulante psychiatrie buiten het kader van de Wet Bopz, is ervoor gekozen de interviews te houden bij zorgverleners en patiënten uit vier verschillende circuits, te weten de volwassenenpsychiatrie, de kinder- en jeugdpsychiatrie, de forensische psychiatrie en de verslavingszorg. De ouderenpsychiatrie is in dit onderzoek niet meegenomen, vanwege de nauwe verbinding die bestaat met de psychogeriatric, een sector die nadrukkelijk buiten het kader van de derde Bopz-evaluatie is gehouden. Dit is gebeurd omdat het voornemen bestaat om deze sector uit de Wet Bopz te halen. Een tweede reden om de ouderenpsychiatrie niet in het onderzoek te betrekken, was dat er signalen waren dat de voorwaardelijke machtiging in de ouderenpsychiatrie niet wordt toegepast.

5 Zie Maassen & Van Vught (1984) en Arends, Blankman & Frederiks (2002).

In de overige vier circuits zijn interviews gehouden met psychiaters, geneesheer-directeuren of eerste geneeskundigen, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-ers) en patiënten.

In onderstaand schema wordt duidelijk hoe de interviews over de verschillende circuits zijn verdeeld.

Tabel 2-1: Aantal geïnterviewde personen

Instellingen	Geïnterviewde personen	Aantal
Forensische psychiatrie	1e Geneeskundige/geneesheer-directeur	1
Kinder-/Jeugdpsychiatrie	1e Geneeskundige/geneesheer-directeur	2
	Psychiater	1
Verslavingszorg/Dubbele diagnosezorg	1e Geneeskundige/geneesheer-directeur	1
	Verslavingsarts	1
	Psychiater	2
	SPV-er	2
Volwassenenpsychiatrie	1e Geneeskundige/geneesheer-directeur	2
	Psychiater	3
	SPV-er	2
	Patiënt	3
Totaal		20

Om een zo breed mogelijk beeld te verkrijgen van de praktijk zijn de interviews gehouden in zoveel mogelijk verschillende instellingen als binnen het tijdsbestek waarbinnen het onderzoek moest worden verricht, organisatorisch haalbaar was. In totaal zijn acht verschillende instellingen bezocht. Hun ligging was zoveel mogelijk verspreid over Nederland. Enkele waren gelegen in één van de grote steden, enkele in middelgrote steden en enkele in een kleine stad of in een dorp.

De respondenten uit de volwassenenpsychiatrie zijn afkomstig uit de langdurige psychiatrische zorg, kortdurende psychiatrische zorg, acute psychiatrie en crisisdienst.

De interviews namen steeds één tot anderhalf uur in beslag en waren semi-gestructureerd van opzet, hetgeen de onderlinge vergelijkbaarheid van de gesprekken bevordert. Aan de andere kant bieden vragenlijsten die niet volledig voorgestructureerd zijn ruimte voor verdieping. De gesprekken zijn verbatim uitgewerkt⁶ en vervolgens geanalyseerd met behulp van het computerprogramma Atlas.ti.

6 Met dank aan Hilde Woensdregt en Mireille Laseur die de uitwerking van de interviews voor hun rekening hebben genomen.

Tijdens de interviews kwamen de volgende thema's aan de orde:

- De fase voorafgaand aan een voorwaardelijke machtiging
- De procedure van de voorwaardelijke machtiging
- De fase na verlening van een voorwaardelijke machtiging, met daarbij speciale aandacht voor eventuele opnemingen
- Dwang en drang buiten de kaders van de Wet Bopz
- Klachtrecht en de rol van de patiëntenvertrouwenspersoon

In de gesprekken werd bij alle thema's met nadruk aandacht besteed aan de positie van de patiënt zelf, maar ook aan de rol die familie en andere naasten in het hele proces spelen.

Naast zorgverleners zijn ook andere sleutelfiguren geïnterviewd, zoals rechters (2), officieren van justitie (2), advocaten (2) en medewerkers van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon (2). Verder is er nog een interview gehouden met een ambtenaar van het Ministerie van VWS, die nauw betrokken was bij de totstandkoming van de regeling van de voorwaardelijke machtiging.

2.4.2 **Panelbijeenkomst cliëntenorganisaties**

Aan het patiëntenperspectief is in dit onderzoek nadrukkelijk aandacht besteed. Bij voorwaardelijke machtigingen is de patiënt onderhevig aan soms forse drang. Ook buiten het kader van de Wet Bopz worden mogelijk drang- en dwangmiddelen gebruikt. Daarom was het van belang in kaart te brengen hoe patiënten tegen deze instrumenten aankijken. In een vroeg stadium is daarom besloten een aparte panelbijeenkomst te houden met cliëntenorganisaties die belangen vertegenwoordigen van psychiatrische patiënten en/of hun familieleden. Tijdens de bijeenkomst werden dezelfde onderwerpen besproken als tijdens de interviews. Soms werd hen gevraagd te reflecteren op specifieke uitkomsten uit de gesprekken die eerder gevoerd waren.

Voor de bijeenkomst waren acht organisaties uitdrukkelijk uitgenodigd. Helaas waren tijdens de bijeenkomst slechts vertegenwoordigers van twee organisaties aanwezig, te weten één cliëntenorganisatie en één familieorganisatie.

2.4.3 **Invitational conference**

Het doel van de invitational conference was om de voorlopige uitkomsten en aanbevelingen van het onderzoek ter validering voor te leggen aan genodigden uit de praktijk van de psychiatrie. Aanwezig waren vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties, psychiaters, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, managers en enkele inhoudsdeskundigen uit het veld en de wetenschap. In totaal waren er 15 deelnemers. Zij konden reageren op een aantal stellingen die ten behoeve van deze bijeenkomst waren geformuleerd (zie bijlage II).

De stellingen hadden betrekking op:

- Knelpunten in de huidige wettelijke regeling van de voorwaardelijke machtiging
- De voorgenoemen wetswijzigingen ten aanzien van de voorwaardelijke machtiging
- Randvoorwaarden die nodig zijn voor een succesvolle toepassing van een voorwaardelijke machtiging
- De rol van familie en andere naasten bij de toepassing van de voorwaardelijke machtiging
- Het vóórkomen van dwang en drang buiten het kader van de Wet Bopz en de wenselijkheid om deze onderwerpen nader wettelijk te regelen.

2.5 Beschouwing

Door verschillende onderzoeksmethoden met elkaar te verbinden, is in dit onderzoek getracht een optimale betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten te verkrijgen. Desalniettemin moet bij het interpreteren van de afzonderlijke gegevens de nodige voorzichtigheid worden betracht. Enkele kanttekeningen zijn:

1. Hoewel 643 personen de enquête hebben ingevuld, waaronder 80 rechtspraak-respondenten, was de response niet hoog. Aangezien er geen non-response-onderzoek is uitgevoerd, valt niet te zeggen in hoeverre de uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek extrapol eerbaar zijn naar alle behandelaars, rechters, advocaten en officieren van justitie.
2. In het veld is een voor dit type onderzoek ruim aantal interviews gehouden in diverse instellingen en circuits. Kwalitatief onderzoek is meer bedoeld tendensen te beschrijven en niet zozeer om gegevens getalsmatig uit te kunnen drukken. Het gaat niet om een getalsmatige verslaglegging, maar om het in kaart brengen van verschillende opinies en ervaringen. Bij de beschrijving van de resultaten zullen daarom geen cijfers worden gegeven van respondenten met bepaalde ervaringen of meningen, omdat hiervan ten onrechte de schijn van een getalsmatige representativiteit uit zou kunnen gaan.
3. Slechts één cliëntenorganisatie en één familieorganisatie namen deel aan de panelbijeenkomst. De geluiden die de deelnemers aan de bijeenkomst hebben laten horen zijn daarom mogelijk niet representatief voor alle patiënten die in aanmerking komen voor een voorwaardelijke machtiging. Tezamen met de patiënten die in het veld zijn geïnterviewd, kan echter toch een redelijk beeld worden geschetst van hoe patiënten tegen het instrument van de voorwaardelijke machtiging aankijken. Het valt echter niet uit te sluiten dat niet alle ervaringen en meningen over de voorwaardelijke machtigingen in kaart zijn gebracht.

Omdat de uitkomsten uit iedere onderzoeksfase met elkaar zijn vergeleken en de voorlopige conclusies in een invitational conference aan inhoudsdeskundigen zijn voorgelegd, kan gesteld worden dat de resultaten uit dit onderzoek voldoende betrouwbaar zijn om de conclusies die aan dit onderzoek worden verbonden, te kunnen staven.

3. LITERATURSTUDIE

3.1 Inleiding

De wettelijke regeling van de voorwaardelijke machtiging is op 1 januari 2004 in werking getreden. Een voorwaardelijke machtiging is een machtiging die door de rechter kan worden verleend voor gedwongen opneming, waarbij echter geen opneming plaatsvindt als betrokkene voldoet aan bepaalde voorwaarden.⁷

De voorwaardelijke machtiging is gecreëerd omdat in de praktijk is gebleken dat de ingrijpende maatregel van de gedwongen opneming niet altijd nodig is, ook al wordt in beginsel voldaan aan de criteria voor gedwongen opneming. Sommige psychische stoornissen zijn namelijk behandelbaar buiten de inrichting met medicijnen en therapie, waardoor het gevaar wordt weggenomen. Het gevaar is daarmee echter niet blijvend geweken. Wanneer de medicatie niet op tijd wordt ingenomen, kan het weer terugkeren. Desondanks is het voor deze patiënten mogelijk een leven buiten een inrichting te leiden. Deze optie is volgens de regering te verkiezen boven dwangopneming, omdat daarmee de persoonlijke vrijheid beduidend minder wordt aangetast. Voor deze gevallen is de voorwaardelijke machtiging in het leven geroepen.

In dit hoofdstuk worden relevante kamerstukken, jurisprudentie en literatuur besproken die betrekking hebben op de voorwaardelijke machtiging. Allereerst wordt echter het kader geschetst van de wettelijke regeling van de voorwaardelijke machtiging, zoals die thans van kracht is.

3.2 Wettelijk kader

Net als andere rechterlijke machtigingen kan de voorwaardelijke machtiging op verzoek van de officier van justitie worden verleend voor personen van twaalf jaar of ouder, die gestoord zijn in hun geestvermogens (art. 14a lid 1 Wet Bopz). De rechter moet bij de beoordeling van het verzoek nagaan of:

- De stoornis van de geestvermogens betrokkene gevaar doet veroorzaken en
- Het gevaar buiten een psychiatrisch ziekenhuis slechts door het stellen en naleven van voorwaarden kan worden afgewend. Uit de kamerstukken wordt duidelijk dat als het gevaar op een andere manier kan worden afgewend, de voorwaardelijke machtiging niet mag worden verleend.⁸

Met psychiatrisch ziekenhuis wordt hier uitsluitend een psychiatrisch ziekenhuis in enge zin bedoeld. Verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg met een Bopz-aanmerking als psychiatrisch ziekenhuis worden op grond van artikel 14a lid 2 onder b expliciet uitgesloten van de regeling van de voorwaardelijke machtiging.

7 Kamerstukken II, vergaderjaar 1999-2000, 27 289, nr. 3, p. 2.

8 Ibid., p. 10.

Bij het verzoek om een voorwaardelijke machtiging moet een aantal zaken aan de rechter worden overgelegd. In de eerste plaats betreft dit een geneeskundige verklaring van een niet bij de behandeling betrokken psychiater. In deze verklaring moet worden ingegaan op de vraag in hoeverre sprake is van een geestelijke stoornis en van het gevaar als bedoeld in art. 14a lid 2 onder b. De verklaring behoort de actuele gezondheidstoestand van de patiënt te behandelen en moet met redenen zijn omkleed.

In de tweede plaats dient het verzoek om een voorwaardelijke machtiging vergezeld te zijn van een behandelingsplan. Net als een behandelingsplan na opnemering heeft ook dit behandelingsplan tot doel het gevaar weg te nemen dat heeft geleid tot het toewijzen van de machtiging. Alvorens het behandelingsplan op te stellen moet de psychiater die verantwoordelijk is voor de behandeling – de wet noemt deze psychiater de behandelaar – overleggen met de huisarts van betrokkene, en indien van toepassing, tevens met de psychiater die de patiënt voorafgaand aan het verzoek begeleidde.

Het behandelingsplan moet de therapeutische middelen bevatten die worden ingezet om het gevaar buiten het psychiatrisch ziekenhuis af te wenden. Naast medicatiegebruik en verplicht contact met de behandelaar kan hierbij worden gedacht aan het beperken van het gebruik van alcohol of verdovende middelen, met name als bekend is dat het gebruik van deze middelen het ziektebeeld van de patiënt nadelig beïnvloedt. Nadrukkelijk verklaart de regering dat de behandeling van patiënten niet feitelijk met fysieke dwang kan worden afgedwongen. Het toepassen van dwangbehandeling is alleen toegestaan binnen de muren van een psychiatrisch ziekenhuis. Het gaat om een extra keuzemogelijkheid, niet om een beperking van rechten, al kan de handelingsvrijheid van patiënten door het stellen van voorwaarden in het behandelingsplan wel worden beperkt.⁹

Daarnaast moet in het plan worden aangegeven op welke wijze de behandelaar hier toezicht op houdt. Tot slot moet het behandelingsplan vermelden welk psychiatrisch ziekenhuis de patiënt zal opnemen, indien deze de gestelde voorwaarden niet naleeft of het gevaar niet langer buiten de instelling kan worden afgewend door de naleving van de voorwaarden.

De patiënt moet expliciet instemmen met het behandelingsplan. Ook moet hij zich expliciet bereid verklaren de voorwaarden na te leven (art. 14 a lid 5 Wet Bopz). Dit brengt met zich mee dat de betrokkene wilsbekwaam dient te zijn.

Wilsonbekwame patiënten komen dus niet in aanmerking voor een voorwaardelijke machtiging. Aanvankelijk is tijdens de behandeling van het wetsvoorstel nog niet zo duidelijk dat de patiënt expliciet moet instemmen met het behandelingsplan. Na vragen hierover van leden van de CDA-fractie van de vaste kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), wordt er echter voor gekozen om de tekst

van het beoogde artikel 14a vijfde lid aan te passen in die zin dat het begrip 'na overleg' wordt vervangen door: 'met instemming van'.¹⁰ Deze eis heeft veel kritiek ondervonden van zowel het veld als de politiek. Daarom heeft de regering thans het voornemen om de instemmingseis weer te laten vervallen.¹¹ Zie hierover paragraaf 3.3.9.

Formeel is het de rechter die de voorwaarden behorende bij de voorwaardelijke machtiging vaststelt. In de praktijk zal de rechter de voorwaarden echter slechts toetsen en zich terughoudend opstellen, zo stelt de regering in haar nota naar aanleiding van het verslag van de vaste Tweede Kamercommissie van VWS.¹² Het verlenen van een voorwaardelijke machtiging geschiedt in ieder geval onder de voorwaarde dat de patiënt zich onder behandeling stelt van de behandelaar overeenkomstig het overgelegde behandelingsplan. Daarnaast kan de rechter ook andere voorwaarden stellen die het gedrag van betrokkene betreffen voorzover dit gedrag het gevaar, dat voortvloeit uit de stoornis van de geestvermogens, beïnvloedt. Deze voorwaarden mogen de vrijheid van godsdienst of levensovertuiging en evenmin de staatskundige vrijheid beperken. Een voorbeeld van een voorwaarde die rechtsgeldig kan worden afgesproken in een behandelingsplan of als voorwaarde door de rechter, is een straatverbod. Dit blijkt uit een antwoord van minister Korthals van Justitie naar vragen van kamerlid Dittrich.¹³ Hij stelt dat een straat- of stadionverbod als voorwaarde bij een voorwaardelijke machtiging mogelijk is. De voorwaarde moet betrekking hebben op het gedrag van de patiënt die het gevaar veroorzaakt en dat voortvloeit uit de stoornis. Hij stelt dat die relatie er echter wel moet zijn. Verder merkt hij op dat zo'n verbod niet in strijd is met artikel 5 Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM).¹⁴ Een dergelijk verbod is namelijk een vrijheidsbeperking en geen vrijheidsbeneming en art. 5 EVRM ziet niet op vrijheidsbeperkingen.

Het behandelingsplan kan worden gewijzigd als de behandelaar en de patiënt het over de wijziging eens worden (art. 14b Wet Bopz). Ook hier geldt dat de patiënt wilsbekwaam moet instemmen met de wijziging. Een afschrift van het gewijzigde behandelingsplan moet worden gestuurd naar de griffier van de rechtbank die de voorwaardelijke machtiging heeft verleend en de officier van justitie van die rechtbank. De reden hiervoor is niet dat de rechter een nieuwe beslissing kan geven, maar om het dossier compleet te maken.¹⁵

10 Ibid., p. 24

11 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 492, nrs. 1 - 2.

12 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 7, p. 22.

13 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, Handelingen 5 september 2001, p. 98-6144.

14 Ibid., p. 99-6223.

15 Ibid., p. 99-6224.

Kamerleden Dittrich, Hermann, Buijs en Van der Hoek wijzen er tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer op, dat het gegeven dat de patiënt en de behandelaar gezamenlijk na de goedkeuring door de rechter kunnen besluiten van de in het behandelingsplan opgenomen voorwaarden af te wijken zonder dat die veranderingen aan de rechter ter goedkeuring behoeven te worden voorgelegd, met zich mee kan brengen dat de patiënt en de behandelaar op oneigenlijke gronden van het behandelingsplan afwijken. Daarom dienen zij een motie in dat hier bij de evaluatie van de voorwaardelijke machtiging apart aandacht aan moet worden besteed. Deze motie wordt aangenomen en bij brief d.d. 22 februari 2002 zegt de minister ook toe dat dit in de volgende evaluatie van de Wet Bopz zal worden meegenomen.¹⁶

Als de behandelaar en de patiënt het niet eens worden over de wijziging van het behandelingsplan en ook als de patiënt niet in staat is om in te stemmen met een wijziging, kan een beslissing hierover door één van beide partijen ook worden verzocht aan de rechter. Daartoe moet een verzoek worden gedaan aan de officier aan justitie die op zijn beurt de rechter verzoekt om een beslissing. De rechter moet op dezelfde wijze worden ingeschakeld als er een andere behandelaar moet worden aangewezen. Volgens de opstellers van de wettelijke regeling van de voorwaardelijke machtiging is het verzoek om een andere behandelaar met name geïndiceerd voor situaties waarin sprake is of zal zijn van een zodanig langdurige afwezigheid van de behandelaar, dat het opportuun kan worden geacht om de behandeling over te dragen aan een andere behandelaar.¹⁷ Uit dit onderzoek blijkt overigens dat men dergelijke verzoeken in de praktijk niet of nauwelijks aan de rechter voorlegt (zie hoofdstuk 5).

Een patiënt met een voorwaardelijke machtiging móet worden opgenomen als het gevaar buiten het psychiatrisch ziekenhuis niet meer kan worden afgewend. De patiënt kán worden opgenomen als de patiënt zich niet aan de voorwaarden houdt of als de patiënt om opnemings verzoekt (art. 14d lid 1 Wet Bopz). In de eerste situatie gaat het dus om een opnemings*plicht*; in het tweede geval om een opnemings*bevoegdheid*.¹⁸

In al deze gevallen moet de geneesheer-directeur de patiënt onderzoeken. Hij kan dit onderzoek ook overlaten aan een psychiater die niet bij de behandeling betrokken was. In het laatste geval moet deze psychiater aan de behandelaar een schriftelijke verklaring verstrekken. Aanvankelijk heeft de regering het voornemen om de behandelaar te laten bepalen of een opnemings geïndiceerd is. In de voorgestelde regeling dient hij alvorens de patiënt op te nemen eerst met deze te overleggen. Ook moet een niet bij de behandeling betrokken psychiater met de opnemings instemmen.

16 Kamerstukken II, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, nr. 33 en nr. 39.

17 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 7, p. 32.

18 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, Handelingen, 5 september 2001, p. 99-6212.

Deze behoort de patiënt met het oog op de opneming te onderzoeken.¹⁹ In het parlement vraagt men zich echter af waarom hier in vergelijking tot het voorwaardelijk ontslag voor een andere benadering wordt gekozen. Hier is het immers de geneesheer-directeur die uitmaakt of een patiënt opnieuw moet worden opgenomen.²⁰ Bij amendement wordt de beoogde bepaling daarom aangepast en wel zodanig dat ook bij opneming van een persoon met een voorwaardelijke machtiging de geneesheer-directeur beslist. Als voornaamste motivering voor dit amendement wordt daarbij aangegeven dat op deze manier de vertrouwensrelatie tussen behandelaar en patiënt niet onder druk komt te staan.²¹ Een behandelaar kan volgens de opstellers van dit amendement niet zowel vertrouwenspersoon zijn als controleur.²² Tijdens de behandeling van de voorgestelde regeling van de voorwaardelijke machtiging in de Tweede Kamer, deelt minister Borst van VWS mee, dat zij dit amendement niet steunt. De regering heeft er bewust voor gekozen een centrale rol toe te kennen aan een ambulante werkende behandelaar bij de voorwaardelijke machtiging. De patiënt weet van meet af aan welke consequenties het zich niet houden aan afspraken kan hebben. Volgens de minister kan de behandelaar dus prima toezicht houden zonder dat de vertrouwensrelatie behoeft te worden geschaad. Een geneesheer-directeur kan bovendien andere motieven hebben om wel of niet tot opneming over te gaan (bijvoorbeeld plaatsgebrek), en tot slot komen er als de geneesheer-directeur beslist drie artsen aan de opneming te pas: de geneesheer-directeur, de behandelaar en de onafhankelijke psychiater die ook nog de verklaring tot opname mede moet ondertekenen. De minister adviseert de Kamer daarom, mocht zij toch met het amendement instemmen, de rol van de onafhankelijk psychiater te laten vervallen.²³ Dit advies wordt echter niet opgevolgd.²⁴

Als de patiënt wordt opgenomen, wordt de voorwaardelijke machtiging van rechtswege voor de rest van de geldigheidsduur van de machtiging geconverteerd in een voorlopige machtiging, ongeacht de reden van opneming (zie art. 14d lid 2 Wet Bopz). Dit geldt dus ook als het een vrijwillige opneming betreft. Er wordt geen uitspraak gedaan over de duur van de voorlopige machtiging. Dit heeft tot gevolg dat iemand met een zogeheten nieuwe voorwaardelijke machtiging, die voor een periode van een jaar wordt afgegeven, in theorie na opneming een jaar onvrijwillig in de instelling kan verblijven. Als de patiënt wordt opgenomen moet dit worden medegedeeld aan de griffier van de rechtbank die de voorwaardelijke machtiging heeft verleend.

19 Kamerstukken II, vergaderjaar 1999-2000, 27 289, nr. 3, p. 8.

20 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 5, p. 15.

21 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 10.

22 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, Handelingen, 5 september 2001, p. 98-6177.

23 Ibid., p. 99-6221.

24 Kamerstukken II, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, Handelingen, 6 februari 2002.

Als de patiënt het niet eens is met de opname kan hij de officier van justitie verzoeken om een beslissing hierover van de rechter te verzoeken. In art. 14e Wet Bopz wordt hiervoor een regeling getroffen.

Tot slot kan de behandelaar aan de patiënt een schriftelijke verklaring geven, indien hij van mening is dat de patiënt niet langer in zijn geestvermogens is gestoord of gevaarlijk is (art. 14g Wet Bopz).

Een voorwaardelijke machtiging kan voor maximaal zes maanden worden afgegeven (art. 14c lid 1 Wet Bopz). Als deze termijn is verstreken zonder dat in de tussentijd een opname heeft plaatsgevonden, kan een zogeheten nieuwe voorwaardelijke machtiging worden afgegeven voor de duur van een jaar. Ook iedere volgende voorwaardelijke machtiging kan voor een periode van een jaar worden afgegeven.

3.3 Achtergronden en toelichtingen uit de parlementaire stukken

3.3.1 Inleiding

In paragraaf 3.2 werd het wettelijk kader behandeld. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de beweegredenen van de vorm en de inhoud van de regeling van de voorwaardelijke machtiging.

Aanleiding tot het introduceren van een voorwaardelijke machtiging is een aanbeveling van de Bopz-evaluatiecommissie in 1996.²⁵ De evaluatiecommissie acht een machtiging met voorwaarden een zinvolle aanvulling op de huidige interventiemogelijkheden van gedwongen opname en gedwongen behandeling, maar acht nader onderzoek naar wenselijkheid, juridische implicaties en vormgeving wel noodzakelijk.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 1997.²⁶ Uit dit onderzoek blijkt dat er behoefte is aan een voorwaardelijke machtiging. Deze behoefte hangt samen met het extramuraliseringsproces in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ): steeds meer personen verblijven buiten instellingen.

De voorwaardelijke machtiging biedt voordeel boven gedwongen opname, omdat bij deze maatregel behandeling voorop staat en onder drang van een gedwongen opname ook vaak zal worden gerealiseerd.

De volgende randvoorwaarden zijn gehanteerd bij het opstellen van de voorwaardelijke machtiging. Aansluiting is gezocht bij de randvoorwaarden die de RVZ daarvoor formuleerde in zijn advies:

25 Kamerstukken II, vergaderjaar 1999-2000, 27 289, nr. 3, p. 3.

26 Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (1997), p. 1-122.

1. De maatregel heeft de modaliteit van een rechterlijke machtiging, met soortgelijke procedurele waarborgen als die met betrekking tot de bestaande machtigingen;
2. De voorwaardelijke machtiging kan alleen worden opgelegd als de patiënt dit verkiest boven een gedwongen opname;
3. De patiënt moet zich bereid verklaren tot naleving van de voorwaarden;
4. Het veroorzaken van gevaar is een voorwaarde voor de voorwaardelijke machtiging, met dien verstande dat het gevaar door naleving van de voorwaarden buiten de inrichting kan worden afgewend.²⁷

Niet gekozen is voor ruimere criteria. In de eerste plaats is dit niet gebeurd, omdat zich dan de situatie voor kan doen dat iemand nog niet heeft voldaan aan de criteria voor een voorlopige machtiging en wel aan die voorwaardelijke machtiging. Dit zou problemen kunnen opleveren wanneer iemand gedwongen moet worden opgenomen, omdat hij zich niet aan de opgelegde voorwaarden houdt. Een tweede punt is dat de opstellers van de wet het toepassen van 'echte' dwang in een extramurale setting moeilijk te realiseren achten.

3.3.2 Verhouding voorwaardelijke machtiging - paraplumachtiging

Met de regeling van de voorwaardelijke machtiging pogen de opstellers van de wet tevens een wettelijke basis te bieden aan de zogeheten paraplumachtiging.²⁸ Deze rechterlijke machtiging heeft niet primair als doel een opname in een inrichting te bewerkstelligen, maar beoogt het stellen van voorwaarden rondom de behandeling van de patiënt na zijn ontslag uit de inrichting.

Hoewel in de jurisprudentie rechtskracht aan deze paraplumachtiging is toegekend, heeft de wetgever met het voorwaardelijk ontslag een ander doel voor ogen gehad. Het verlenen van voorwaardelijk ontslag werd namelijk gezien als tussenstap bij geleidelijke terugkeer in de maatschappij na een gedwongen opname. Bij de paraplumachtiging wordt het voorwaardelijk ontslag oneigenlijk gebruikt. Bij paraplumachtigingen moet de rechterlijke machtiging steeds verlengd worden, ook al bevindt de patiënt zich al geruime tijd buiten de inrichting, om voorwaarden te kunnen blijven stellen inzake de behandeling. De verlenging kan volgens de opstellers van de wet niet blijven voortduren, omdat één van de voorwaarden voor het verlenen van een machtiging is dat het gevaar niet buiten de inrichting kan worden afgewend. Verder wordt verwezen naar een beschikking van de Hoge Raad waarin deze het verlenen van een machtiging tot voortgezet verblijf rechtstreeks verbindt aan een niet ten uitvoer gelegde machtiging.²⁹ De redenering van de Hoge Raad gaat alleen op bij de machtiging tot voortgezet verblijf, maar kan niet gelden bij

27 Kamerstukken II, vergaderjaar 1999-2000, 27 289. nr. 3, p. 6.

28 Ibid., p. 4.

29 Hoge Raad 11 december 1998, *BJ* 1999/2.

een voorlopige machtiging omdat een voorlopige machtiging die niet binnen twee weken ten uitvoer is gelegd, vervalt.

Beter acht de regering een voorwaardelijke machtiging waarbij aan de rechter de voorwaarden omtrent de behandeling van de patiënt overgelegd zijn en die vóór de aanvang van de behandeling door de rechter zijn getoetst. Bij de regels voor het voorwaardelijk ontslag worden de voorwaarden immers zonder rechterlijke bescherming van de patiënt door de geneesheer-directeur opgelegd.

Naar aanleiding van vragen van de leden van de vaste kamercommissie voor VWS van de fracties van het CDA en D66 antwoordt de regering dat met de invoering van de voorwaardelijke machtiging beoogd wordt een einde te maken aan de paraplu-machtiging, c.q. het oneigenlijk gebruik van het voorwaardelijk ontslag. Volgens de regering zal door het scheppen van deze wettelijke regeling geen gebruik meer hoeven te worden gemaakt van de door de Hoge Raad goedgekeurde paraplu-machtiging in de vorm van een machtiging tot voortgezet verblijf, gekoppeld aan een direct ontslag onder voorwaarden.³⁰ Ook tijdens de behandeling in de Eerste Kamer in 2002 wordt dit standpunt verwoord. Wel wordt hier opgemerkt dat het ontslag onder voorwaarden zal blijven bestaan, maar wordt beperkt tot het oorspronkelijke doel, namelijk een geleidelijke terugkeer in de samenleving na een gedwongen opneming.³¹ Nadrukkelijk meldt minister Borst in de Eerste Kamer nog dat een paraplu-machtiging in deze tweede betekenis, waarbij iemand kortdurend wordt opgenomen en kort daarna onder voorwaarden weer wordt ontslagen, mogelijk blijft. 'Daarbij kan worden gedacht aan de situatie dat het opstellen van een behandelingsplan, ook met het oog op een ambulante situatie, om een dergelijke toepassing vraagt.'³² De rechter moet toezicht houden op het niet meer toepassen van de paraplu-machtiging in de eerste betekenis.³³

3.3.3 Doelgroep

De regeling is beperkt tot de psychiatrie, omdat alleen in deze categorie patiënten voorkomen die buiten de inrichting kunnen blijven zolang zij zich laten behandelen. In de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg is het gevaar volgens de opstellers juist dat patiënten zich zonder de zorg die de instelling biedt, niet kunnen handhaven. Verder geldt de voorwaardelijke machtiging ook niet voor kinderen jonger dan twaalf jaar. Gesteld wordt:

“Ten aanzien van opneming van deze personen geldt dat een machtiging is vereist als de ouders of een van hen zich tegen opneming verzetten. Een voorwaardelijke

30 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 7, p. 21.

31 Kamerstukken I, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, nr. 239b, p. 1.

32 Kamerstukken I, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, Handelingen, 2 juli 2002, p. 34-1709.

33 Ibid., p. 34-1709.

machtiging in deze gevallen achten wij niet zinvol, omdat het kind bij de behandeling alle steun van de ouders nodig heeft.”³⁴

In principe staat de regeling open voor alle psychiatrische stoornissen. De opstellers zijn van mening dat de regeling geschikt is voor patiënten met stoornissen waarvoor adequate behandelmethoden bestaan die ambulante kunnen worden toegepast. Hieronder vallen in ieder geval personen die lijden aan psychiatrische stoornissen als psychoses, bipolaire stoornissen of stoornissen in impulsregulatie.³⁵ Voor personen met een eerste psychose zal de voorwaardelijke machtiging overigens minder geschikt zijn.³⁶

Nadrukkelijk niet bedoeld is de voorwaardelijke machtiging voor zogeheten verkommerden en verloederden of zorgwekkende zorgmijders. De regering merkt hierover op dat voor deze groep patiënten het toepassen van dwang en drang geen goede oplossing is en veeleer een negatief effect zal hebben.³⁷ Vanuit de PvdA wordt daarom een observatiemachtiging voorgesteld. Volgens de indieners van het uiteindelijke amendement bestaan in de praktijk onvoldoende mogelijkheden om mensen zonder ziekte-inzicht onvrijwillig op te nemen, ondanks de ruime omschrijving van het gevaarscriterium. Deze mensen onttrekken zich aan hulpverlening en behandeling, maar zijn meestal wel bekend bij de hulpverlening. Het gaat hierbij om mensen die volharden in het afwijzen van vormen van hulp, zorg en behandeling die hun toestand wezenlijk zouden kunnen verbeteren. Het amendement beoogt door middel van een observatieopname een kortdurende situatie te scheppen waarbinnen de gronden welke kunnen leiden tot een voorlopige of voorwaardelijke machtiging, zorgvuldiger kunnen worden onderzocht en geformuleerd dan binnen een ambulante situatie, waarin de verloedering en vooral het middelengebruik voortgaan. Het amendement heeft een uitvoerige discussie in parlement en literatuur teweeggebracht.³⁸ Hoewel de regering de observatiemachtiging sterkt afwijst, wordt deze observatiemachtiging na een uitgebreide behandeling in de Tweede Kamer en na enkele ‘reparaties’ in januari 2006 ingevoerd. Omdat deze machtiging apart geëvalueerd wordt, wordt zij in dit rapport verder niet meer besproken.

3.3.4 De behandelaar

In de vorige paragraaf werd opgemerkt dat de voor de behandeling verantwoordelijke persoon een psychiater dient te zijn. Uit de kamerstukken komt naar voren

34 Kamerstukken II, vergaderjaar 1999-2000, 27 289, nr. 3, p. 5.

35 Kamerstukken II, vergaderjaar 1989-1990, 21 561, nr. 3, p. 5-6.

36 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, Handelingen, 5 september 2001, p. 98-6165; Kamerstukken II, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, Handelingen, 6 februari 2002, p. 99-6217.

37 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 7, p. 5.

38 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 13, p. 2.

dat in de beschikking waarin de voorwaardelijke machtiging wordt verleend, de instelling of natuurlijke persoon vermeld moet worden die verantwoordelijk is voor de behandeling en ook het ziekenhuis dat de patiënt wil opnemen als het onverhoopt mis mocht gaan. De behandelaar is volgens de memorie van toelichting hetzij een vrij gevestigd psychiater, hetzij een persoon werkzaam bij een RIAGG of een regionale GGZ-organisatie. In de memorie van toelichting wordt opgemerkt dat veel psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg samengaan in regionale GGZ-organisaties. Gelet op deze ontwikkelingen kan volgens de opstellers van de wet worden verwacht dat in de toekomst de behandelaar veelal een ambulant werkende behandelaar uit deze GGZ-organisaties zal zijn. Ook wordt gezegd dat, waar nodig en aangewezen, deze behandelaar ook niet bij de instelling betrokken behandelaars kan betrekken.³⁹

De regering is van mening dat niet alleen een psychiater als behandelaar kan worden aangemerkt, maar ook andere zorgverleners. Gedacht wordt bijvoorbeeld aan ambulant werkende sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Met name kunnen andere behandelaars een rol hebben bij het toezicht houden op de naleving door de patiënt van bepaalde gedragsvoorwaarden. Bij nader inzien vindt de regering echter dat in de wet tot uitdrukking moet komen dat de uiteindelijke verantwoordelijkheid bij een psychiater moet berusten. Daarom wordt artikel 14a vijfde lid bij nota van wijziging aangepast.⁴⁰

De geneesheer-directeur behoort geen nadrukkelijke rol te hebben in de behandeling en bij het naleven van de voorwaarden. Het doel van een voorwaardelijke machtiging is immers om een patiënt buiten de muren van het psychiatrisch ziekenhuis te houden. Zolang het goed gaat is er daarom geen reden om de geneesheer-directeur te betrekken bij de behandeling van de patiënt en is er dus ook geen reden om de behandelaar te verplichten de geneesheer-directeur van het ziekenhuis periodiek te informeren.⁴¹

Over het toezicht op patiënten wordt uitgebreid gedebatteerd. Zowel de Raad van State als de Tweede Kamer zijn van mening dat een minimumaantal contactmomenten tussen behandelaar en patiënt dient te worden vastgelegd, omdat gevreesd wordt dat gelet op de capaciteit van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland de behandelaar te weinig tijd met de patiënt zal doorbrengen.⁴² De minister van VWS stelt echter dat het benodigde minimumcontact van geval tot geval, maar ook per periode zal kunnen verschillen. Hulpverleners moeten bovendien kunnen worden aangesproken op hun eigen professionele verantwoordelijkheid. Zij moeten een zodanig aantal contacten hebben dat het adequaat is.⁴³ Er

39 Kamerstukken II, vergaderjaar 1999-2000, 27 289, nr. 3, p. 10.

40 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 7, p. 11.

41 Ibid., p. 12

42 Kamerstukken II, vergaderjaar 1999-2000, 27 289, B, p. 3.

43 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, Handelingen, 5 september 2001, p. 99-6219.

wordt nog een amendement met betrekking tot een minimumaantal contacten ingediend, maar dit voorstel haalt het niet.⁴⁴ Wel wordt met betrekking tot het toezicht nog een motie van het Kamerlid Hermann aangenomen.⁴⁵ Op grond van deze motie doet de minister van VWS aan de Tweede Kamer de toezegging dat met de beroepsgroep zal worden overlegd over de wijze waarop het toezicht door de behandelaar op een patiënt met een voorwaardelijke machtiging in de wettelijke regeling is opgenomen. Dit overleg heeft in de zomer van 2002 plaatsgevonden. De beroepsgroep is van mening dat het toezicht bij de voorwaardelijke machtiging niet wezenlijk verschilt van het toezicht, zoals dit thans in de praktijk door de behandelaar plaatsvindt bij de zogeheten paraplumachtiging. Het toezicht is bij de voorwaardelijke machtiging naar de mening van de beroepsgroep zelfs duidelijker vormgegeven en bevat meer waarborgen dan bij de huidige paraplumachtiging, aangezien de voorwaarden omtrent het toezicht onderdeel zijn van het behandelingsplan van de voorwaardelijke machtiging.⁴⁶

3.3.5 De rol van familie en andere naasten van de patiënt

Op diverse plaatsen in de kamerstukken wordt opgemerkt dat familie, vrienden en andere personen uit de omgeving van de patiënt geen formele rol hebben bij de effectuering van de voorwaardelijke machtiging. Wél is de draagkracht van de omgeving een belangrijke factor in de beoordeling of het gevaar buiten de inrichting kan worden afgewend.⁴⁷ Zowel de Raad van State als verschillende kamerfracties zijn van mening dat de omgeving van de patiënt een meer nadrukkelijke rol zou moeten hebben bij de voorwaardelijke machtiging, met name als de patiënt zich niet aan de voorwaarden houdt en indien geen intramurale opname plaatsvindt.⁴⁸ De Raad van State is van mening dat de omgeving, welke kan bestaan uit familieleden, vrienden of burens, niet altijd ertegen is opgewassen om de verantwoordelijkheid te dragen voor begeleiding en opvang van patiënten, terwijl die verantwoordelijkheid in de praktijk veelal wel bij hen zal liggen. Wanneer er gevaar dreigt, zou de omgeving daarvan volgens de Raad van State geen nadeel mogen ondervinden. Verder is de Raad van mening dat het wetsvoorstel een bepaling moet bevatten dat in het behandelingsplan uitdrukkelijke afspraken moeten staan tussen behandelaar en omgeving over de verdeling van verantwoordelijkheden indien de omgeving bereid is daaraan mee te werken.

44 Kamerstukken II, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, nr. 10; Kamerstukken II, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, Handelingen, 6 februari 2002.

45 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, Handelingen, 5 september 2001, p. 99-6211.

46 Kamerstukken II, vergaderjaar 2002-2003, 27 289, nr. 40.

47 Kamerstukken II, vergaderjaar 1999-2000, 27 289, nr. 3, p. 11.

48 Kamerstukken II, vergaderjaar 1999-2000, 27 289, B; Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 5.

De regering wil de omgeving/familie echter geen formele rol toebedelen, omdat de patiënt zelf moet kunnen beoordelen of het wenselijk is zijn omgeving bij het behandelingsplan te betrekken. Een signalerende rol voor de omgeving acht de regering overigens wel denkbaar.⁴⁹ Ook is er lang niet altijd een omgeving.⁵⁰ Verder wijst de regering erop dat niet-naleven van de voorwaarden niet steeds hoeft te leiden tot een gedwongen opname. Alleen als het gevaar door het niet-naleven niet meer buiten de inrichting kan worden afgewend, is de behandelaar *verplicht* de patiënt gedwongen te doen opnemen.⁵¹

3.3.6 De voorwaardelijke machtiging en de patiëntenvertrouwenspersoon

In de Tweede Kamer wordt uitvoerig aandacht besteed aan het feit dat geen voorziening is getroffen voor personen met een voorwaardelijke machtiging met betrekking tot de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp). Vrijwel alle fracties zijn het erover eens dat iemand met een voorwaardelijke machtiging de patiëntenvertrouwenspersoon moet kunnen raadplegen.⁵² Juist buiten de inrichting acht men het noodzakelijk dat patiënten met een voorwaardelijke machtiging deskundige en objectieve voorlichting en raad kunnen krijgen.⁵³ Hoewel de regering eigenlijk van mening is dat kan worden volstaan met de dan geldende regeling – iemand met een voorwaardelijke machtiging die is opgenomen kan immers van de patiëntenvertrouwenspersoon gebruik maken – kondigt zij aan te zullen onderzoeken in hoeverre het Besluit patiëntenvertrouwenspersoon Bopz en mogelijk art. 59 moet worden aangepast. Ook wordt contact gezocht met de Stichting PVP over de mogelijkheid om de dienstverlening door een patiëntenvertrouwenspersoon uit te breiden naar ambulante settings.⁵⁴ Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer merkt minister Borst echter op dat zij het te voorbarig vindt om in de wet vast te leggen dat patiënten met een voorwaardelijke machtiging voor de opname aanspraak hebben op dienstverlening van een patiëntenvertrouwenspersoon. De praktijk moet eerst maar eens uitwijzen dat hieraan behoefte bestaat. Er zijn financiële middelen ter beschikking gesteld aan de Stichting PVP waarmee kan worden geëxperimenteerd. De stichting *mag* deze aanwenden voor experimenten met ambulante patiënten. Het gaat hier om extra geld (€ 158.823,- oplopend tot structureel ruim € 450.000,- in 2004) boven op hetgeen zij al kregen om in de ambulante setting met de PVP te oefenen.⁵⁵ Daarop wordt bij amendement door het kamerlid Van der Hoek de regeling

49 Kamerstukken II, vergaderjaar 1999-2000, 27 289, B, p. 3-4.

50 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 7, p. 13.

51 Ibid., p. 13.

52 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 5.

53 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, Handelingen, 5 september 2001, p. 98-6181.

54 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 7, p. 15.

55 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, Handelingen, 5 september 2001, p. 99-6213.

van het recht op bijstand van personen met een voorwaardelijke machtiging geïntroduceerd.⁵⁶ In het voorstel wordt de definitie in art. 1 aangepast. Voorts wordt het recht op bijstand geregeld in art. 14a lid 9, en legt lid 10 aan de behandelaar de plicht op om de patiënt een schriftelijk overzicht te verstrekken van zijn rechten. Hieronder valt ook het recht op bijstand door een patiëntenvertrouwenspersoon.⁵⁷ Dit amendement wordt aangenomen.⁵⁸

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kamer merken de ministers van VWS en Justitie over het amendement met betrekking tot de patiëntenvertrouwenspersoon op dat het voor de hand ligt dat de optredende patiëntenvertrouwenspersoon dezelfde is als degene die in het ziekenhuis bijstand verleent aan opgenomen patiënten. De Stichting PVP heeft de minister van VWS meerdere malen laten weten dat de eerder toegekende uitbreiding van het budget aan de Stichting PVP toereikend is.⁵⁹

3.3.7 **Art. 8a Wet Bopz: ambtshalve wijziging machtiging rechter?**

In de oorspronkelijke opzet van de procedure van de voorwaardelijke machtiging kon deze niet alleen worden verzocht door de officier van justitie, maar ook ambtshalve worden verleend door de rechter. Volgens het voornemen kon de rechter dit doen als hij van mening was dat de voorwaardelijke machtiging een passender maatregel was dan de verzochte machtiging. De regering dacht hierbij onder andere aan de situatie waarin een patiënt reeds is opgenomen op grond van een voorlopige machtiging en waarbij een voortgezette machtiging tot verblijf wordt verzocht, maar de rechter van mening is dat een voorwaardelijke machtiging ook tot de mogelijkheden behoort.⁶⁰ Wel waren de opstellers van mening dat de rechter zwaarwegende motieven zou moeten hebben om een andere machtiging te verlenen dan werd gevorderd. Het ligt immers niet in de bedoeling dat de rechter op de stoel van de behandelaar gaat zitten. Verder merkte de regering op dat om dezelfde reden de officier van justitie zich doorgaans door de geneeskundige verklaringen zal laten leiden. Ook stelt zij dat een vordering van de officier van justitie die gericht is op het verkrijgen van meer machtigingen (bijvoorbeeld primair een voorlopige machtiging, subsidiair een voorwaardelijke machtiging) zich niet vaak voor zal doen.⁶¹ Verder wordt over het voorgenomen art. 8a gezegd dat als de rechter besluit om ambtshalve een voorwaardelijke machtiging toe te passen de procedure toch zal moeten worden opgeschort, omdat de machtiging in dat geval pas kan worden verleend als de behandelaar een

56 Kamerstukken II, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, nr. 23.

57 Zie toelichting in Ibid., p. 2.

58 Kamerstukken II, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, Handelingen, 6 februari 2002.

59 Kamerstukken I, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, nr. 239b, p. 6.

60 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 7, p. 5.

61 Ibid., p. 17.

behandelingsplan heeft opgesteld. De rechter moet de officier van justitie dan gelasten om hiervoor zorg te dragen. Deze kan hiertoe op zijn beurt alleen overgaan, als de behandelaar bereid is om dit behandelingsplan volgens de gestelde eisen op te stellen.⁶²

Bij de behandeling in de Tweede Kamer blijkt men het fundamenteel oneens te zijn met de opstellers van de regeling. Bij amendement wordt de tekst van het beoogde artikel 8a Wet Bopz waarin de ambtshalve wijziging werd geregeld daarom zodanig aangepast, dat niet de rechter maar de officier van justitie beslist of er een andere machtiging moet worden verzocht. Het nieuwe artikel 8a luidt:

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

Volgens de opstellers van het amendement hoort de rechter niet ambtshalve tot een Bopz-maatregel te beslissen. Zij zijn van mening dat machtigingen slechts tot stand moeten komen op vordering van de officier van justitie. Wezenlijk in de verhouding tussen officier van justitie en rechter is volgens hen dat de eerste als bestuursorgaan opereert en initiatieven neemt, en dat de laatste controle uitoefent en beslist. Een dergelijke procedure levert geen tijdverlies op, omdat de rechter ook zal moeten beschikken over de juiste bescheiden als hij ambtshalve beslist.⁶³

Namens de regering raadt minister Korthals van Justitie in de Tweede Kamer het amendement af. Hij stelt dat miskend wordt dat de voorlopige en de voorwaardelijke machtiging dicht bij elkaar liggen. De situatie kan dan ontstaan dat de rechter van mening is dat een voorwaardelijke machtiging niet kan worden opgelegd, maar wel voldaan is aan de eisen van een voorlopige machtiging en dan de betrokken persoon toch niet kan laten opnemen. Er wordt in het voorstel uitgegaan van een rolverdeling tussen rechter en openbaar ministerie die niet past bij de strekking van de wet. De rol van de rechter beperkt zich, in tegenstelling tot wat in de toelichting wordt gesuggereerd, niet tot een toetsende rol: hij dient, zo stelt de minister, bij gevaar voor anderen naast de belangen van de patiënt de belangen van bescherming van de maatschappij af te wegen.⁶⁴ Ondanks de opmerkingen van de minister wordt het amendement aangenomen.

62 Ibid., p. 18.

63 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 16. Amendement van de leden Van der Hoek, Pastoors en Van der Vlies (gewijzigd amendement nr. 22), 4 september 2001/22 november 2001.

64 Kamerstukken II, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, Handelingen, 6 februari 2002, p. 99-6227.

3.3.8 **Verwachte gevolgen van de introductie van de voorwaardelijke machtiging**

Een aantal van de mogelijke gevolgen van de invoering van de voorwaardelijke machtiging is hierboven al uiteengezet. Daarbij moet met name gedacht worden aan het feit dat invoering ervan de paraplumachtiging overbodig zal maken en dat door de voorwaardelijke machtiging als stok achter de deur meer patiënten ambulantly behandeld zullen kunnen worden.

Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer is verder aandacht besteed aan de vraag in hoeverre de voorwaardelijke machtiging het aantal opnemingen daadwerkelijk terug zal kunnen dringen en of het niet juist gemakkelijker wordt om meer patiënten met een machtiging "op te zadelen".⁶⁵

De regering verwacht niet dat de voorwaardelijke machtiging tot gevolg zal hebben dat interventies in een eerder stadium zullen plaats vinden dan tot dan toe. Bij de voorwaardelijke machtiging geldt immers hetzelfde gevaarscriterium als bij de overige machtigingen.⁶⁶ Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer wordt dit door onder meer kamerlid Dittrich nadrukkelijk betwist.⁶⁷ Tot aanpassingen in de wet leidt deze kritiek echter niet.

3.3.9 **Op handen zijnde wijzigingen van de regeling van de voorwaardelijke machtiging (wetsvoorstel 30 492)**

Op dit moment vindt de behandeling plaats van een wetsvoorstel waarin naast enkele andere belangrijke wijzigingen in de Wet Bopz, zoals de regeling van de dwangbehandeling, ook een aantal fundamentele aanpassingen in de regeling van de voorwaardelijke machtiging worden voorgesteld.⁶⁸ Het aanvankelijke voorstel bevat twee wijzigingen en in een later stuk is een derde wijziging voorgesteld. Het gaat om de volgende aanpassingen. De eerste wijziging is dat het behandelingsplan met bijbehorende voorwaarden niet meer met instemming van de patiënt, maar na overleg met de patiënt tot stand komt. Als een behandelingsplan niet de instemming van de patiënt heeft, dan moeten de redenen daarvoor in het behandelingsplan worden vermeld.⁶⁹ Daarmee samenhangend hoeft de patiënt niet meer in te stemmen met de voorwaarden: de voorwaardelijke machtiging kan ook verleend worden als de *behandelaar* tot het oordeel komt dat redelijkerwijs is aan te nemen dat de betrokkene de voorwaarde bedoeld in het zesde lid, zal naleven. Aan het achtste lid van art. 14a wordt verder toegevoegd 'of redelijkerwijs is aan te nemen dat de betrokkene de voorwaarden zal naleven'.

65 Zie o.a. Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 5, p. 9.

66 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 7, p. 27.

67 Kamerstukken II, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, Handelingen, 5 september 2001, p. 98-6144.

68 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 492, nrs. 1 - 2.

69 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 492, nr. 3, p. 6.

Deze wijziging moet volgens de memorie van toelichting worden ingevoerd als rechtstreeks gevolg van de beschikking van de Hoge Raad van 29 april 2005.⁷⁰ Door deze beslissing mag een voorwaardelijke machtiging uitsluitend worden verleend aan patiënten die nadrukkelijk instemmen met het behandelingsplan en de bijbehorende voorwaarden, die dus met andere woorden een informed consent kunnen verlenen. Daardoor vallen patiënten die niet in staat zijn tot een informed consent buiten de boot. Vroeger konden deze mensen een paraplumachtiging krijgen. Om te voorkomen dat het veld opnieuw probeert te zoeken naar buiten-wettelijke oplossingen/instrumenten, acht de regering het 'dringend noodzakelijk' dat de Wet Bopz gerepareerd wordt. Het gaat in het bijzonder om patiënten van wie redelijkerwijs kan worden aangenomen dat zij – nadat een machtiging is verleend – de voorwaarden in de praktijk zullen naleven, maar die de bereidheid daartoe niet kunnen of willen uitspreken.

In het verslag van de vaste commissie voor VWS vraagt men zich af wat 'redelijkerwijs verwachten dat iemand zich aan de opgelegde voorwaarden gaat houden' inhoudt en hoe dit wordt vastgesteld. Ook wordt de vraag gesteld wie voor het gedrag van de patiënt verantwoordelijk is als er iets ergs gebeurt.⁷¹ De regering antwoordt op deze vragen dat de rechter degene is die vaststelt dat aangenomen mag worden dat betrokkene de voorwaarden zal naleven, ook als deze niet nadrukkelijk instemt met de voorwaarden. Hij baseert zijn oordeel op:

- Adequate informatie, afkomstig van de behandelaar, van de patiënt zelf en andere betrokken personen.
- Stukken die zich in het dossier bevinden en op grond van de informatie die hem daarnaast nog wordt verstrekt.
- Elementen die een rol kunnen spelen bij het oordeel, zijn: ervaringen in het verleden en het ziektebeeld.⁷²

Honderd procent zekerheid dat iemand zich aan de voorwaarden gaat houden, valt niet te geven.

*"Het gaat om een verstandige inschatting, op basis van de voorhanden zijnde informatie, van de waarschijnlijkheid dat betrokkene zich aan de voorwaarden zal houden. Deze inschatting dient wel geobjectiveerd te worden en toetsbaar te zijn."*⁷³

De arts is niet verantwoordelijk als het mis gaat. Wel is hij in algemene zin verantwoordelijk voor de zorg die hij aan de patiënt verleent.

Voor een wijziging van het behandelingsplan nadat de machtiging is verleend, blijft

70 Hoge Raad 29 april 2005, *BJ* 2005, 15, m. nt. Widdershoven

71 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 492, nr. 6, p. 4.

72 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 492, nr. 7, p. 4.

73 *Ibid.*, p. 4.

wel instemming nodig van de patiënt.⁷⁴ De regering zegt hierover: het behandelingsplan is dan inmiddels immers door de rechter getoetst en het is dan niet meer aan één van beide partijen om daarin eenzijdig een wijziging aan te brengen.

De tweede wijziging is dat de geneesheer-directeur nog slechts alleen beslist over de opneming van een persoon met een voorwaardelijke machtiging. Hij *kan* de patiënt opnemen als deze de voorwaarden niet naleeft of om opneming verzoekt, en hij *moet* de patiënt opnemen als het gevaar buiten het ziekenhuis door het naleven van de voorwaarden niet meer kan worden weggenomen. De geneesheer-directeur moet zich voorafgaand aan de opneming op de hoogte stellen van de actuele geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt.

Aanvankelijk wilde de regering de opneming mogelijk maken door het onderzoek te laten doen door een psychiater die op enig moment bij de behandeling betrokken was geweest, zolang het maar niet de voor de behandeling verantwoordelijke behandelaar zou zijn. Op grond van adviezen van het veld is men ervan overtuigd geraakt dat deze vereenvoudiging onvoldoende is voor een in de praktijk werkbare toepassing. Gekozen is daarom om meer aansluiting te zoeken bij het ontslag onder voorwaarden. Het voorstel komt erop neer dat de geneesheer-directeur moet bepalen of opneming noodzakelijk is. Hij doet dit door zich voorafgaand aan de opneming op de hoogte te stellen van de actuele geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt. Hij kan zelf bepalen hoe hij invulling geeft aan deze verplichting. In de memorie van toelichting wordt vermeld dat hij daartoe overleg kan plegen met de behandelaar. Hij kan echter ook de patiënt zelf onderzoeken of hem laten onderzoeken. In geval van opneming na ontslag onder voorwaarden kan hij overleg plegen met de toezichthoudende instelling of persoon die hem onder andere hulp en steun biedt bij de naleving van de voorwaarden. De eis strekt ertoe dat de geneesheer-directeur goed geïnformeerd en derhalve verantwoord zijn beslissing kan nemen.⁷⁵

Ten derde wordt voorgesteld om kortdurende vrijwillige opnemingen mogelijk te maken zonder dat de voorwaardelijke machtiging wordt omgezet in een voorlopige. Aan deze opneming zijn enkele voorwaarden verbonden, te weten:

- de opneming moet duidelijk vrijwillig zijn, dus slechts op verzoek van de patiënt.
- De opneming is uitsluitend mogelijk voor een beperkte tijd, te weten maximaal drie etmalen. Duurt de opneming langer, dan volgt omzetting naar een voorlopige machtiging.⁷⁶

74 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 492, nr. 3, p. 7.

75 Ibid., p. 7-8.

76 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 492, nr. 7, p. 9.

Het derde wijzigingsvoorstel is een direct gevolg van opmerkingen van de PvdA-fractie. Deze wil in navolging van GGZ Nederland de mogelijkheid introduceren van een vrijwillige opname van personen met een voorwaardelijke machtiging.⁷⁷ De regering merkt op dat een vrijwillige opnemng volgens de memorie van toelichting van 1999-2000 niet kan, omdat dit een methode zou zijn waarmee de patiënt zich van de voorwaardelijke machtiging zou kunnen bevrijden. Thans is de regering van mening dat toch een mogelijkheid zou moeten worden gecreëerd voor een vrijwillige opnemng. Gesteld wordt dat duidelijk is geworden dat een kortdurende vrijwillige opnemng met behoud van de voorwaardelijke machtiging een goede zaak kan zijn. Het zou in een aantal gevallen een positief effect kunnen hebben op de gezondheids-toestand van de patiënt.⁷⁸ Wel vindt de regering dat de duur van de vrijwillige opnemng beperkt moet blijven tot drie etmalen. Als motivering wordt gegeven:

“Een termijn van drie etmalen achten wij voldoende om binnen de muren van een ziekenhuis tot rust te kunnen komen. Bij een opnemng van langere duur is de rechtsbescherming waarmee de voorlopige machtiging gepaard gaat wenselijk, net als de verplichting om bij ontslag opnieuw te kijken naar de voorwaarden waaronder iemand buiten de inrichting kan verblijven.”⁷⁹

Voorts wordt opgemerkt dat de consequentie van een vrijwillige opnemng is dat er geen sprake kan zijn van dwang.

De meest recente ontwikkeling is overigens dat het Kamerlid Kant op 25 januari 2007 een amendement heeft ingediend om de beperking tot een maximale periode van drie etmalen te laten vervallen.⁸⁰ Kant geeft als onderbouwing voor haar voorstel dat het recht op een vrijwillige behandeling van psychiatrische patiënten, ook voor wie een rechterlijke machtiging geldt, niet dient te worden beperkt. Voorts merkt zij op dat wanneer het gevaar oplaait, de geneesheer-directeur alsnog kan besluiten om de voorwaardelijke machtiging te converteren in een voorlopige.⁸¹

Een kleinere wijziging die nog wordt voorgesteld is het gegeven dat verduidelijkt wordt dat wanneer iemand wordt opgenomen die op dat moment een nieuwe voorwaardelijke machtiging ('voortgezette voorwaardelijke machtiging') heeft, de omzetting naar een voorlopige machtiging met zich meebrengt dat de duur van de opnemng ook dan niet langer dan zes maanden bedraagt. In de huidige formulering

77 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 492, nr. 6, p. 6.

78 Kamerstukken II, vergaderjaar 2006-2007, 30 492, nr. 7, p. 9.

79 Ibid., p. 10.

80 Kamerstukken II, vergaderjaar 2006-2006, 30 492, nr. 10.

81 Dit amendement is inmiddels aangenomen door de Tweede Kamer. Zie Kamerstukken II, vergaderjaar 2006-2007, 30 492, Handelingen, 2 februari 2007, p. 44-2618.

van de wet is dit niet helder en kan de tekst zodanig worden opgevat dat men uit zou kunnen gaan van een duur van een jaar.⁸²

Een vijfde wijziging die vanuit het veld wordt voorgesteld is door de regering voorsnog niet overgenomen. De Nederlandse Vereniging voor de Rechtspraak, GGZ Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie pleiten ervoor om na ontslag de voorwaardelijke machtiging te laten herleven en niet te werken met ontslag onder voorwaarden. Ook Dijkers schrijft over deze mogelijkheid in een artikel in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.⁸³ De regering zegt hierover:

“Wij menen dat zo’n systematiek, waarbij van rechtswege de voorwaardelijke machtiging zou herleven nadat de dwangopneming beëindigd wordt, in ieder geval niet juist zou zijn in de gevallen waarin tot dwangopneming was besloten omdat het gevaar nu juist niet langer kon worden afgewend door de naleving van de voorwaarden. In die situatie stond immers vast dat diezelfde voorwaarden nu juist niet adequaat waren. Daarom zal in een dergelijk geval het voorwaardelijk ontslag de aangewezen methode zijn, waarbij die voorwaarden worden gesteld die in die nieuwe situatie passend zijn. Maar ook in de situatie waarin de dwangopneming plaatsvond omdat de patiënt zich niet hield aan de gestelde voorwaarden, is het onwenselijk dat de “oude” voorwaarden van rechtswege herleven. In dat geval zal immers moeten worden nagegaan om welke reden de patiënt de voorwaarden niet naleefde. Gaat het om een incident of betekent dit dat niet langer mag worden aangenomen dat de patiënt zich wél aan de voorwaarden zal houden? Bij een van rechtswege herleving van de oude voorwaardelijke machtiging zou deze toets niet hoeven plaats te vinden. Daarom geven wij er de voorkeur aan dat ook in zo’n geval ontslag onder voorwaarden wordt verleend. Dat neemt niet weg dat in een aantal gevallen volstaan zal blijken te kunnen worden met een wederom van toepassing verklaring van de oude voorwaarden. Wij menen dat hiermee een praktische oplossing kan worden bereikt in de gevallen die daarvoor in aanmerking komen.”

3.3.10 Conclusie onderzoek parlementaire stukken

De studie van de parlementaire stukken laat zien dat de voorwaardelijke machtiging met name is geïntroduceerd om een wettelijke basis te geven aan de in de praktijk gegroeide paraplumachtiging. De voorgestelde regeling is in het parlement niet

82 Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 492, nr. 3, p. 9.

83 Dijkers (2005). In zijn artikel naar aanleiding van de uitspraak van de Hoge Raad d.d. 29 april 2005, stelt hij tevens een aantal andere wijzigingen voor, waaronder het schrappen van het per definitie verplichten tot een deskundigenonderzoek voorafgaand aan de opneming. Hij merkt over dit laatste op dat de Algemene wet bestuursrecht eveneens van toepassing is, waardoor de geneesheer-directeur op grond van deze wet verplicht is een onderzoek uit te voeren als de omstandigheden dit met zich meebrengen.

onverdeeld positief ontvangen, als gevolg waarvan relatief veel amendementen zijn ingediend. De belangrijkste kritiek betrof het gegeven dat de regeling zich niet leek uit te strekken tot verkommerden en verloederden. Dit leidde tot het amendement van de observatiemachtiging. Belangrijke andere wijzigingen die vanuit de Tweede Kamer in de uiteindelijke regeling van de voorwaardelijke machtiging terecht zijn gekomen, zijn de herformulering van art. 8a waardoor de rechter niet zelfstandig de bevoegdheid heeft om een andere machtiging dan verzocht te verlenen, maar wel zijn “gevoelen” kenbaar kan maken aan de officier van justitie; de rol van de geneesheer-directeur in plaats van de behandelaar bij de opneming van een patiënt met een voorwaardelijke machtiging; en de mogelijkheid om een patiënten-vertrouwenspersoon te raadplegen voor patiënten met een voorwaardelijke machtiging die buiten de instelling verblijven.

Verwachte gevolgen waren vooral dat de paraplumachtiging overbodig zal worden en dat meer patiënten ambulantly behandeld zouden kunnen worden. Niet verwacht werd dat interventies bij patiënten in een eerder stadium plaats zouden vinden.

Al snel bleek echter dat de paraplumachtiging niet geheel overbodig was, omdat een groep patiënten buiten de boot viel. Vandaar dat vrij snel reeds aanpassingen in de regelgeving werden voorgesteld (wetsvoorstel 30 492), zodat de functie van paraplu-machtiging, die thans door de Hoge Raad niet meer wordt toegestaan, wél geheel kan worden overgenomen door de voorwaardelijke machtiging. Daarnaast bevatten de voorstellen nog enkele andere wijzigingen die hiervoor uitvoerig werden behandeld. De voorgestelde aanpassingen – met uitzondering van het voorstel met betrekking tot het beperkte behoud van de vrijwillige status van patiënten met een voorwaardelijke machtiging die zich vrijwillig laten opnemen, hiervoor in de plaats is het amendement Kant gekomen – zijn op 15 februari 2007 aangenomen door de Tweede Kamer.⁸⁴

3.4 Jurisprudentieonderzoek

3.4.1 Inleiding

De jurisprudentie inzake de voorwaardelijke machtiging over de periode 1 januari 2004 tot 1 januari 2007 is verzameld via het tijdschrift *BJ* en de website www.rechtspraak.nl, en leverde 54 relevante uitspraken op. Hieronder worden de belangrijkste kwesties en rechterlijke overwegingen weergegeven. Twee vraagstukken trokken meer in het bijzonder de aandacht. Het eerste betrof de vraag of, met betrekking tot de vereiste instemming met het behandelingsplan en de bereidverklaring tot het naleven van de voorwaarden, het volstaat dat de rechter daarin voldoende vertrouwen heeft. Het tweede betrof de toelaatbaarheid van de paraplu-machtiging na invoering van de voorwaardelijke machtiging. Beide kwesties zijn

door de Hoge Raad inmiddels beslecht en hebben geleid tot wetsvoorstel 30 492.⁹⁵ In paragraaf 3.4.2 en 3.4.3 wordt deze jurisprudentie (volledigheidshalve) besproken. Paragraaf 3.4.4 gaat over de jurisprudentie inzake de toepassing van art. 8a Wet Bopz, op grond waarvan de rechter aan de officier van justitie kenbaar kan maken dat een andere dan de verzochte machtiging wellicht passender is voor de betrokkene. Paragraaf 3.4.5 behandelt de eisen die in de jurisprudentie in het kader van de voorwaardelijke machtiging aan het behandelingsplan worden gesteld, alsmede de op te leggen algemene en bijzondere voorwaarden. In paragraaf 3.5.6 komt de relatie voorwaardelijke machtiging en verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis aan bod, waarna tenslotte in paragraaf 3.4.7 enkele uiteenlopende onderwerpen worden besproken die in de jurisprudentie aan de orde zijn geweest.

3.4.2 **Instemming met behandelingsplan / bereidverklaring tot naleven voorwaarden (art. 14a lid 5 en 8 Wet Bopz)**

Is aan de eis van instemming met het behandelingsplan c.q. de bereidheid tot naleving van de voorwaarden voldaan indien de betrokkene hiertegenover weliswaar afwijzend staat, maar er voldoende reden is om te veronderstellen dat de betrokkene zich wel aan het behandelingsplan c.q. de voorwaarden zal houden? Ja, aldus Rb. Amsterdam 23 februari 2004, *BJ* 2004/18, m.nt. Dijkers (en zie voor een wel zeer ver gaande toepassing van deze benadering Rb. Alkmaar 11 augustus 2004, *BJ* 2005/4, m.nt. Biesma). Aan deze jurisprudentie is een einde gemaakt door HR 29 april 2005, *BJ* 2005/15, m.nt. Widdershoven. Volgens de Hoge Raad volgt uit de wetsgeschiedenis dat “de wetgever zich de voorwaardelijke machtiging heeft voorgesteld als een keuzemogelijkheid voor een bepaalde groep patiënten, te weten degenen die ervan blijk geven in te zien dat behandeling noodzakelijk is en die in staat zijn te overzien dat alsnog een gedwongen opname volgt indien zij niet of niet meer in staat zijn de voorwaarden na te leven.” Betrokkene had verklaard geen machtiging te willen en de medicatie te zullen staken. Verwacht werd evenwel dat betrokkene zich net als voorheen overeenkomstig de voorwaarden zou gedragen als eenmaal een machtiging zou zijn afgegeven. In antwoord op Kamervragen had de minister van VWS met betrekking tot de vereiste bereidverklaring en instemming van de betrokkene verklaard dat het gaat om de vraag of de rechter er voldoende vertrouwen in heeft dat de betrokkene zich aan de voorwaarden zal houden. Hiermee maakt de Hoge Raad evenwel korte metten: “Voor zover deze woorden van de minister uiting geven aan diens opvatting dat het enkele bestaan van voldoende vertrouwen dat de betrokkene zich aan de voorwaarden zal houden, het oordeel kan dragen dat de betrokkene, ofschoon deze zich tegenover de rechter met zoveel woorden in tegenovergestelde richting heeft uitgelaten, zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarden is sprake van een opvatting die (...) niet als juist

kan worden aanvaard.” Volgens annotator Widdershoven is “rechtsstatelijk op het oordeel niets af te dingen.” Hij wijst er verder op dat het arrest ook consequenties heeft voor de regeling van het verlof en het voorwaardelijk ontslag, waar ook de eis wordt gesteld van naleving van de voorwaarden.

Kennelijk is het dan toch weer niet nodig dat de betrokkene zich uitdrukkelijk bereid verklaart tot naleving van *alle* voorwaarden, als het in elk geval maar wel geldt voor de *belangrijkste* voorwaarde. In Rb. Zutphen 24 mei 2005, *BJ* 2005/45 had de betrokkene gesteld dat weliswaar “vrijheid onder voorwaarden geen vrijheid is”, maar wel onder dwang bereid te zijn medicatie in te nemen. Aangezien de medicatie-inname volgens de rechter “de belangrijkste en wezenlijke voorwaarde in het behandelingsplan” vormde, was aan het vereiste van bereidheid voldaan.

Als betrokkene het behandelingsplan weliswaar heeft ondertekend, maar daar ter zitting op terugkomt, kan geen voorwaardelijke machtiging worden afgegeven (Rb. Amsterdam 18 oktober 2004, *BJ* 2005/5).

In HR 15 december 2006, R06/136HR, LJN: AZ 2049 had de betrokkene aangegeven dat “zij absoluut geen rechterlijke machtiging wil.” Volgens de Hoge Raad hoeft de betrokkene echter niet in te stemmen met de voorwaardelijke machtiging en is evenmin nodig dat deze de aan het niet-naleven van de voorwaarden verbonden gevolgen aanvaardt. Voldoende is dat betrokkene instemt met het behandelingsplan en bereid is de te stellen voorwaarden na te leven.

Van anticiperende wetstoepassing wil de Hoge Raad blijkens genoemde uitspraak van 15 december 2006 vooralsnog niet weten, lagere rechters intussen wel. Een voorbeeld is Rb. Utrecht 5 april 2006, *BJ* 2006/32, m.nt. Widdershoven. De rechter overwoog dat de betrokkene reeds geruime tijd op basis van een voorwaardelijk ontslag buiten de instelling verbleef, hetgeen de conclusie zou rechtvaardigen dat voldaan is aan het toekomstige wettelijke criterium inzake instemming c.q. bereidverklaring. Overigens betwijfelde de rechter ook of betrokkene wel als wilsonbekwaam diende te worden aangemerkt: “De rechtbank acht onvoldoende gronden aanwezig om er vanuit te gaan dat betrokkene wilsonbekwaam is, althans om in zodanige mate te twijfelen aan de mogelijkheid van betrokkene om zijn wil te bepalen, dat om die reden aan de instemming van betrokkene met de behandeling en het naleven van de voorwaarden in het kader van de voorwaardelijke machtiging voorbij zou moeten worden gegaan.” Volgens de annotator wordt hiermee “een terughoudende, wezenlijk te beperkte toetsingsmaatstaf” aangehouden. Nagegaan zou moeten worden of betrokkene voldoende wilsbekwaam *is*.

Een ander voorbeeld van anticiperende wetstoepassing biedt Rb. Alkmaar 15 september 2006, kenmerk 140594, LJN: AY9752. Daarin werd een (nieuwe) voorwaardelijke machtiging afgegeven, ondanks het feit dat betrokkene het behandelingsplan niet had ondertekend en evenmin van diens instemming met de voorwaarden was gebleken. Volgens de rechter was evenwel “redelijkerwijs aan te nemen dat betrokkene de in het behandelingsplan gestelde voorwaarden zal naleven”. De rechter verwees daarbij nadrukkelijk naar de parlementaire behandeling

van wetsontwerp 30 492, dat zijns inziens op het punt van de wijziging van de instemmingseis door de Tweede Kamer breed werd ondersteund. Zie ook Rb. Utrecht 19 juni 2006, kenmerk 213797, LJN: AY6079, waarin de rechter tot de conclusie kwam dat “strikt genomen” niet voldaan was aan de vereisten voor het verlenen van een voorwaardelijke machtiging, maar dat de wijze waarop betrokkene reeds geruime tijd op basis van voorwaardelijk ontslag buiten de instelling had verbleven, de conclusie rechtvaardigde dat was voldaan aan het verruimde criterium van het wetsvoorstel.

3.4.3 Toelaatbaarheid paraplumachtiging na invoeren regeling voorwaardelijke machtiging

Al snel rijst de vraag of de invoering van de regeling van de voorwaardelijke machtiging definitief een einde heeft gemaakt aan de paraplumachtiging. De paraplumachtiging kent twee varianten: de opnemingsmachtiging, direct gevolgd door ontslag onder voorwaarden, en de door de HR ontwikkelde opnemingsmachtiging onder voorwaarden (HR 6 oktober 2000, *kBJ* 2000/56, m.nt. Dijkers, *NJ* 2000, 716 en HR 11 december 1998, *kBJ* 1999/2, m.nt. Dijkers, *NJ* 1999, 279). In Rb. Dordrecht 9 februari 2004, *BJ* 2004/10, m.nt. Blok, dus kort na de introductie van de regeling van de voorwaardelijke machtiging, wordt een verzoek om een paraplumachtiging afgewezen met de overweging dat “uit de wetsgeschiedenis blijkt dat het uitdrukkelijk de bedoeling van de wetgever is dat met de introductie van de voorwaardelijke machtiging een einde komt aan de in de rechtspraak ontwikkelde mogelijkheid een paraplumachtiging af te geven.”⁸⁶ Ook volgens Rb. ‘s-Hertogenbosch 28 juni 2004, *BJ* 2004/49, m.nt. Dijkers, is de paraplumachtiging (in de vorm van een machtiging tot voortgezet verblijf gevolgd door een direct ingaand ontslag) niet in de geest van de wet. De rechtbank aanvaardt echter wel een andere figuur, de voorwaardelijke machtiging onder opschortende voorwaarde, door de rechtbank – verwarrend genoeg – ook als paraplumachtiging aangeduid: de machtiging kan alleen ten uitvoer worden gelegd in door de rechter omschreven situaties (waarbij de rechter dus zelf de voorwaarden omschrijft).⁸⁷

86 Idem Rb. Dordrecht 23 februari 2004, *BJ* 2004/21, m.nt. Dijkers, waarin, anders dan in de beschikking van dezelfde rechtbank van 9 februari 2004, wel voldoende gevaar aanwezig werd geacht om betrokkene dan maar op te nemen. “De rechtbank merkt ten overvloede nog op dat zij zich realiseert dat een opname de relatie van betrokkene met zijn behandelaars op scherp zet. Voor een situatie als die van betrokkene (waarin betrokkene – door zijn gebrek aan ziektebesef – de noodzaak van behandeling niet inziet en er dus niet aan de vereisten voor een voorwaardelijke machtiging wordt voldaan, terwijl betrokkene wel bereid is in te stemmen met de aan een voorwaardelijk ontslag verbonden voorwaarden teneinde een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis te voorkomen) ontbreekt echter thans een wettelijke mogelijkheid voor de noodzakelijke behandeling onder drang die een opname voorkomt.”

87 Deze figuur was ook reeds toegepast in Rb. ‘s-Hertogenbosch 8 maart 2004, *BJ* 2004/23, m.nt. W. Dijkers. Volgens de annotator is de machtiging “van een soort die de wetgever in ieder geval niet meer wilde”. Voorts waren volgens hem in casu de voorwaarden te onbepaald. Met de introductie van de voorwaardelijke machtiging zou de wetgever juist tot een zekere regulering hiervan hebben willen komen.

Andere rechters menen dat nog wel ruimte bestaat voor de paraplumachtiging, zie bijvoorbeeld Rb. Utrecht 15 april 2004, *BJ* 2005/10, m.nt. R.H. Zuidershoudt, Rb. Groningen 22 juli 2004, *BJ* 2004/48, m.nt. Dijkers, en Rb. Zutphen 5 maart 2004, *BJ* 2004/52, m.nt. Robbers. Principieel overwoog Rb. Amsterdam 20 juli 2004, *BJ* 2004/42, m.nt. Dijkers: “De stelling dat sinds de introductie van de regeling van de voorwaardelijke machtiging geen ruimte meer bestaat voor een paraplumachtiging vindt in haar algemeenheid geen steun in het recht.” Daarbij speelt tevens een rol dat snel ingrijpen beter mogelijk is via het intrekken van het voorwaardelijk ontslag dan door een opname in het kader van een voorwaardelijke machtiging. Annotator Dijkers merkt op dat als dit werkelijk een probleem is, er vraagtekens zijn te plaatsen bij de hele regeling van de voorwaardelijke machtiging. In zijn noot onder *BJ* 2004/49 wijst Dijkers verder op de verwarring die de regeling van de voorwaardelijke machtiging in de praktijk heeft opgeleverd.

HR 11 november 2005, *BJ* 2006/1, m.nt. Dijkers, maakt aan de verwarring een einde door paraplumachtigingen (in beide varianten)⁸⁸ niet langer toe te staan. In een (rechterlijke) overgangsregeling, in afwachting van de aangekondigde wetswijziging, wordt niet voorzien. De annotator concludeert dat “er geen ruimte meer bestaat voor welke paraplumachtiging dan ook, behalve dan de voorwaardelijke machtiging-met-instemming en het voorwaardelijk ontslag-met-instemming, waarbij de laatste modaliteit ertoe dient te strekken dat betrokkene zo snel mogelijk terugkeert in de maatschappij (zo nodig met een voorwaardelijke machtiging) en niet om hem jaren onder vigeur van de ‘opnemingsmachtiging’ thuis te laten verblijven.”⁸⁹ Zie voor een toepassing van deze lijn Rb. Maastricht 17 januari 2006, kenmerk 31718/2006/1231, LJN: AU9850, waarbij een machtiging tot voortgezet verblijf werd verzocht ten aanzien van een thuis verblijvende patiënt en toepassing wordt gegeven aan art. 8a Wet Bopz.

HR 2 juni 2006, *BJ* 2006/36, waar in cassatie werd opgekomen tegen het verlenen van een machtiging tot voortgezet verblijf met betrekking tot een patiënt die feitelijk buiten de instelling verbleef, bevestigt nog eens dat een paraplumachtiging niet geoorloofd is. Daaraan doet niet af dat de betrokkene “op geen enkele wijze en op geen enkel moment” instemt met het behandelingsplan en de noodzakelijke medicatie slechts accepteert met een rechterlijke machtiging als stok achter de deur.

88 Toelaatbaar is nog wel de – ook wel als paraplumachtiging aangeduide variant van de – opnemingsmachtiging, gevolgd door een kortdurende opname, bijvoorbeeld om een behandelingsplan op te stellen of bij te stellen, gevolgd door ontslag.

89 Zie voor het vervolg van deze zaak Rb. Amsterdam 8 december 2005, 309713/FA RK 05.0865, LJN: AU8394, waarbij toepassing wordt gegeven aan art. 8a Wet Bopz.

3.4.4 Toepassing art. 8a Wet Bopz

Art. 8a Wet Bopz stelt de rechter in staat om aan de officier van justitie kenbaar te maken dat een andere dan de verzochte machtiging wellicht passender is voor de betrokkene. Bepaald kan dan worden dat de behandeling op een later tijdstip wordt voortgezet.⁹⁰ Soms zet de rechter druk op de ketel, zoals in Rb. Zutphen 9 januari 2004, *BJ* 2004/15, m.nt. red., waarin de rechtbank overweegt “dat de officier van justitie verzocht zal worden het eerder gedane verzoek te wijzigen.”

Annex aan de vraag naar de juiste machtiging is de vraag of primair een machtiging tot voortgezet verblijf kan worden verzocht en subsidiair een voorwaardelijke machtiging. Rb. Alkmaar 11 augustus 2004, *BJ* 2005/4, m.nt. Biesma, waar het een patiënt betrof die thuis verbleef op basis van een ontslag onder voorwaarden, achtte een dergelijke wijze van verzoeken toelaatbaar. Volgens de annotator is deze praktijk, waarbij de rechter de meest passende machtiging kan uitzoeken “wel zo handig in twijfelgevallen.” Opvallend is dat de rechter oordeelde dat de betrokkene onvoldoende in staat was om het verschil tussen een machtiging tot voortgezet verblijf en een voorwaardelijke machtiging te beoordelen. Een ander voorbeeld van een primair/subsidiair verzoek is Rb. Groningen 22 juli 2004, *BJ* 2004/48, m.nt. Dijkers. De primair verzochte voorwaardelijke machtiging werd hier niet verleend vanwege onvoldoende instemming, waarna wel een machtiging tot voortgezet verblijf werd verleend.

Als het primaire verzoek tot voorwaardelijke machtiging (wegens ontbreken van instemming aan de kant van de betrokkene) wordt afgewezen, kan de in dat kader overgelegde geneeskundige verklaring niet worden gebruikt voor het afgeven van een machtiging tot voortgezet verblijf, tenzij de rechtbank vaststelt dat deze verklaring ook de gegevens bevat die de rechter nodig heeft voor het verlenen van laatstgenoemde machtiging, zo blijkt uit HR 6 oktober 2006, *BJ* 2006/47, m.nt. Dijkers. In gelijke zin HR 17 november 2006, kenmerk R06/120HR, LJN: AZ0141.

Rb. Arnhem 8 maart 2004 *BJ* 2004/19, m.nt. Dijkers, verleende niet, zoals door de officier van justitie verzocht, een machtiging tot voortgezet verblijf, maar een voorwaardelijke machtiging, echter zonder toepassing van art. 8a Wet Bopz.⁹¹ “Aldus neemt de rechter het heft in handen op een wijze die de wetgever nu juist niet wilde”, aldus de annotator.

Rb. Arnhem 3 augustus 2004, *BJ* 2005/6, m.nt. Biesma, betrof een met voorwaardelijk ontslag thuiswonende patiënt. De officier van justitie verzocht een machtiging tot voortgezet verblijf. De rechter vond een voorwaardelijke machtiging passender,

90 Bijvoorbeeld drie weken (Rb. Zutphen 9 januari 2004, *BJ* 2004/15, m.nt. red.) of 16 dagen (Rb. Breda 5 januari 2004, *BJ* 2004/8).

91 In gelijke zin Rb. Arnhem 5 februari 2004, kenmerk BOPZ 04/05, LJN: AO4140 en Rb. Roermond 31 maart 2004, kenmerk 40538 BOPZ, LJN: AO7576.

maar de officier van justitie bleef, ook bij heroverweging (art. 8a Wet Bopz), bij zijn standpunt, waarna diens verzoek werd afgewezen. “Staatsrechtelijk zuiver positie-spel”, aldus annotator Biesma, “machtigingen behoren niet ambtshalve door de rechter te worden verleend.” Een ander voorbeeld is Rb. Zutphen 21 maart 2006, *BJ* 2006/34, waarin de gevraagde machtiging tot voortgezet verblijf overigens direct werd afgewezen. De rechter overwoog dat een voorwaardelijke machtiging in casu een betere stok achter de deur was en dat er onder de lopende machtiging nog voldoende tijd was om deze aan te vragen.

Ook wat betreft de bevoegdheid van de rechter een andere dan de gevraagde machtiging af te geven, heeft de Hoge Raad de knoop inmiddels doorgehakt. Volgens HR 14 april 2006, *BJ* 2006/25, m.nt. Dijkers, heeft de rechter niet de bevoegdheid ambtshalve een andere machtiging te verlenen dan door de officier van justitie is verzocht. De rechter kan in zo’n geval toepassing geven aan art. 8a Wet Bopz, waarna het aan de officier is om te bezien of er grond is het verzoek te wijzigen dan wel het voorliggende verzoek nader te beargumenteren.

Tenslotte kan de rechter ook bewust afzien van toepassing van art. 8a Wet Bopz, zoals in Rb. Maastricht 22 februari 2005, kenmerk 31539/2005/1115, LJN: AS8864. Het was de rechter gebleken dat het verzoek tot het verlenen van een machtiging tot voortgezet verblijf was ingediend in de wetenschap dat het minder zware alternatief van verblijf in de thuissituatie onder te stellen voorwaarden ook mogelijk was, maar van een daartoe strekkend verzoek was afgezien.

3.4.5 Voorwaarden

3.4.5.1 *Behandelingsplan (art. 14a lid 5 Wet Bopz)*

Een voorwaardelijke machtiging kan slechts worden verleend als een behandelingsplan wordt overgelegd. Volgens Rb. Dordrecht 15 juli 2004, *BJ* 2005/7, m.nt. Pols, dient een dergelijk plan voldoende specifiek te zijn voor wat betreft de mogelijkheid van gevaarsafwending en de behandelaar niet een volstrekte vrijheid van voorschrijven te geven. Ook behoort niet de familie te worden belast met het toezicht op de gevaarsafwending. Deze gebreken kunnen overigens tijdens de machtigingsprocedure worden gerepareerd.

Ook uit Rb. Roermond 23 september 2005, 4 oktober 2005 en 26 oktober 2005, *BJ* 2006/16, m.nt. Zuijderhoudt, blijkt dat het behandelingsplan voldoende specifiek moet zijn met betrekking tot de medicatie en het toezicht op het afwenden van gevaar. Een omschrijving als “patiënte zal de noodzakelijke medicijnen nemen” volstaat niet, omdat dit de behandelend psychiater volstrekte vrijheid van voorschrijven geeft, waardoor de betrokkene op voorhand afstand lijkt te doen van het in art. 14b lid 1 Wet Bopz gewaarborgde recht. Zo ook doet de omschrijving “meewerken aan psychiatrische controle” onvoldoende recht aan art. 14a lid 5 Wet Bopz, waarin staat dat het behandelingsplan de wijze regelt waarop de behandelaar

er op toeziet dat het gevaar buiten de inrichting wordt afgewend.

In Rb. Utrecht 27 juli 2006, *BJ* 2006/55, m.nt. red., kon echter de niet nader omschreven aanduiding “medicatie-consult” wel door de beugel. De rechtbank overweegt dat de wet niet voorschrijft dat het therapeutisch middel nader moet worden omschreven naar type en/of soort medicijn, dosering of anderszins. Verder was volgens de behandelaar een nadere omschrijving in casu ook onwenselijk, omdat het medicatie-consult vanwege fluctuaties in het ziektebeeld van betrokkene moest kunnen worden aangepast. Ook zou de patiënt hebben ingestemd in het bewustzijn dat de medicatie door de psychiater kon worden aangepast. Derhalve was volgens de rechtbank de omschrijving voldoende specifiek en derhalve aanvaardbaar. Uit dezelfde uitspraak blijkt verder dat naar het oordeel van de rechter de wet slechts eist dat het behandelingsplan door de behandelaar is opgesteld, niet dat het ook is ondertekend.

3.4.5.2 *Algemene voorwaarde dat betrokkene zich onder behandeling stelt (art. 14a lid 6 Wet Bopz)*

Uit art. 14a lid 6 Wet Bopz volgt dat steeds als voorwaarde wordt opgelegd dat betrokkene zich onder behandeling stelt van de behandelaar, overeenkomstig het behandelingsplan. Niet steeds wordt deze algemene voorwaarde als zodanig opgelegd. Zo werden in Rb. Amsterdam 16 december 2004, *BJ* 2005/18, m.nt. Dijkers, in het dictum als voorwaarden enkele onderdelen van het behandelingsplan opgenomen. Annotator Dijkers wijst er op dat behandelaar en patiënt hierdoor niet zonder tussenkomst van de rechter de afspraken (i.c. over medicatie-inname) kunnen wijzigen.

De verplichting zich te laten behandelen volgens het behandelingsplan beperkt zich tot die onderdelen die zien op de gevaarsafwendig. In een behandelingsplan dient dus (zonodig) onderscheid te worden gemaakt tussen wel en niet verplichte onderdelen. In de praktijk gebeurt dat niet altijd, zie bijvoorbeeld Rb. Alkmaar 21 april 2004, *BJ* 2004/17, m.nt. Dijkers.

3.4.5.3 *Inhoud bijzondere voorwaarden (art. 14a lid 7 Wet Bopz)*

Op grond van art. 14a lid 7 Wet Bopz kan de rechter voorwaarden stellen betreffende het gedrag van de betrokkene, voor zover dit gedrag het gevaar, voortvloeiend uit de stoornis van de geestvermogens, beïnvloedt. Kan als bijzondere voorwaarde worden gesteld dat de betrokkene in een RIBW woont en verblijft? Ja, aldus Rb. Amsterdam 16 december 2004, *BJ* 2005/18, m.nt. Dijkers. Volgens de annotator zou een dergelijke voorwaarde overigens niet in het behandelingsplan kunnen worden opgenomen (en derhalve niet als algemene voorwaarde kunnen worden gesteld als bedoeld in lid 6 van art. 14a Wet Bopz). Hij werpt verder de vraag op of deze gang van zaken zich wel verdraagt met het EVRM. Zijns inziens is hier echter geen sprake van vrijheidsbeneming, zodat de waarborgen van art. 5 niet aan de orde zijn.

In Rb. Arnhem 31 augustus 2006, *BJ* 2006/52, m.nt. red., wordt de bijzondere voorwaarde gesteld dat bij eventuele gedwongen opname een met name genoemde advocaat moet worden gewaarschuwd. Volgens de annotator is dit onjuist, omdat voorwaarden aan de patiënt worden gesteld. Beter zou een "verstaat dat"-clausule zijn geweest.

Rb. Utrecht 27 juli 2006, *BJ* 2006/55, m.nt. red., achtte als bijzondere voorwaarde aanvaardbaar dat betrokkene "zich houdt aan de afspraken die met hem worden gemaakt door het casemanagement team". Belangrijk daarbij was dat het ging om afspraken (hetgeen overeenstemming vereist) en niet om eenzijdig door het managementteam op te leggen aanwijzingen, terwijl het voorts mogelijk moest zijn met betrokkene wisselende afspraken te maken. Volgens de annotator roept deze benadering echter vraagtekens op, omdat, anders dan ten aanzien van het behandelingsplan, voor wijziging van een bijzondere voorwaarde de wet een procedure bij de rechtbank voorschrijft.

3.4.6 **Voorwaardelijke machtiging en verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis**

3.4.6.1 *Voorwaardelijke machtiging bij reeds opgenomen patiënt?*

Kan een voorwaardelijke machtiging worden afgegeven ten aanzien van een patiënt die (nog) in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft? Rb. Assen 8 april 2004, *BJ* 2004/20, m.nt. W. Dijkers, zag hierin geen belemmering. De rechter overwoog dat, gelet op de vereisten van proportionaliteit en subsidiariteit, de wet dit dan met zoveel woorden zou moeten verbieden, hetgeen niet het geval is. Er is in zo'n situatie sprake van een vrijwillige opname. Volgens annotator Dijkers is de uitspraak "dermate algemeen van strekking dat de Wet Bopz – als de lijn gemeengoed wordt – nooit meer dezelfde zal zijn." Vergelijkbaar Rb. Zutphen 23 maart 2004, *BJ* 2004/24, m.nt. Dijkers, waar aan de kwestie overigens geen woorden werden vuil gemaakt. Anders Rb.

Amsterdam 16 augustus 2005, *BJ* 2005/39, m.nt. red., waar betrokkene verbleef op een locatie die deel uitmaakte van een Bopz-aangemerkt psychiatrisch ziekenhuis. Volgens de rechtbank past een verzoek tot voorwaardelijke machtiging, terwijl voorzetting van het verblijf wordt beoogd, niet "in het systeem van de wet." Ook terughoudend was Rb. Utrecht 2 augustus 2005, *BJ* 2005/44, m.nt. red.: de rechtbank zag geen aanleiding om, vooruitlopend op een eventueel ontslag, een voorwaardelijke machtiging te verlenen.

Of een locatie deel uitmaakt van een psychiatrisch ziekenhuis, wordt door de rechter overigens heel precies bekeken, zo blijkt uit HR 24 maart 2006, *BJ* 2006/23, m.nt. Dijkers. De betreffende locatie dient met straat en huisnummer te zijn opgenomen op de lijsten die behoren bij de Regeling aanmerking psychiatrisch ziekenhuis Bopz. Omdat sprake was van een ander huisnummer gold de betreffende woonvoorziening niet als een psychiatrisch ziekenhuis in de zin van de wet, zodat geen machtiging voortgezet verblijf kon worden afgegeven (wel eventueel een voorwaardelijke machtiging indien de officier daarom zou verzoeken). Volgens de Advocaat-Generaal

gaat overigens een verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis niet samen met het verlenen van een voorwaardelijke machtiging. De prikkel om de voorwaarden na te leven zou dan immers ontbreken. De Hoge Raad heeft zich over deze kwestie niet uitgelaten.

3.4.6.2 *Vrijwillige opneming bij voorwaardelijke machtiging*

Volgens Rb. Amsterdam 24 januari 2006, *BJ* 2006/28, m.nt. red., laat een voorwaardelijke machtiging in het kader van de overeengekomen behandeling ruimte voor een kortdurende vrijwillige opname. “Wanneer echter continuering van een dergelijke opname noodzakelijk is geworden ter afwending van het gevaar, ligt het karakter van de vrijwillige opname niet meer in het verlengde van de aard en de bedoelingen van de voorwaardelijke machtiging, zodat in plaats daarvan een machtiging tot opname in de rede ligt.”

Een andere vraag is of als een patiënt gedurende de looptijd van een voorwaardelijke machtiging wordt opgenomen, dit onmiddellijk betekent dat de voorwaardelijke machtiging (op de voet van art. 14d lid 2 Wet Bopz) wordt geconverteerd in een voorlopige machtiging of dat ook een ‘vrijwillige’ opname mogelijk is.^{92 93} Volgens Rb. Amsterdam 6 juni 2005, *BJ* 2006/10, m.nt. red., is vrijwillig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis gedurende de voorwaardelijke machtiging mogelijk, zonder dat conversie plaatsvindt. De rechter overwoog onder meer: “Aangezien aan de invoering van de voorwaardelijke machtiging de notie van een zo groot mogelijke zelfbeschikking van psychiatrische patiënten ten grondslag ligt, ligt het ook niet voor de hand dat hen de mogelijkheid wordt onthouden om onder vigeur van een voorwaardelijke machtiging vrijwillig te worden opgenomen zonder dat zij te maken krijgen met het gedwongen kader van een voorlopige machtiging.” In casu was er geen sprake van conversie, omdat de opname niet door een op grond van art. 14d Wet Bopz genomen beslissing van de geneesheer-directeur tot stand was gekomen. In gelijke zin Rb. Alkmaar 21 september 2005, *BJ* 2006/9, m.nt. red., waar van een vrijwillige opname werd uitgegaan, omdat niet was gebleken dat art. 14d was nageleefd. Volgens de annotator blijft de verhouding tussen voorwaardelijke machtiging en verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis “gecompliceerd”

92 Van conversie is in elk geval wel sprake als de geneesheer-directeur betrokkene op diens verzoek op grond van art. 14d lid 1 tweede volzin Wet Bopz doet opnemen.

93 Zie inmiddels het wetsvoorstel tot wijziging van de regeling van de voorwaardelijke machtiging, Kamerstukken II, vergaderjaar 2006-2007, 30 492, nr. 8, Nota van wijziging en het amendement Kant, Kamerstukken II, vergaderjaar 2006-2007, 30 492, nr. 10, besproken in § 3.3.9, op grond waarvan geen conversie plaatsvindt bij een opneming op verzoek van betrokkene.

3.4.6.3 *Rechterlijke beoordeling opnamebeslissing geneesheer-directeur (art. 14e Wet Bopz)*

Wanneer de geneesheer-directeur gedurende de geldigheidsduur van de voorlopige machtiging besluit tot dwangopneming, kan op grond van art. 14e Wet Bopz (via de officier van justitie) over dit besluit de beslissing van de rechter worden gevraagd. De vraag is dan wat het voorwerp van geschil (objectum litis) is: het besluit van de geneesheer-directeur of het verzoek van de betrokkene? In HR 17 februari 2006, *BJ* 2006/7, m.nt. Bröring, had de geneesheer-directeur enkele procedurele voorschriften (waaronder het vooraf horen van de betrokkene) niet nageleefd. Volgens de HR ligt voor de rechter, anders dan de bewoordingen van art. 14e Wet Bopz (“met betrekking tot de beslissing van de geneesheer-directeur”) doen vermoeden, niet de beslissing van de geneesheer-directeur ter toetsing voor, maar gaat het om de in volle omvang te onderzoeken vraag of, beoordeeld naar de ten tijde van de beslissing van de rechter geldende omstandigheden, een van de in art. 14d genoemde gronden voor gedwongen opname aanwezig zijn. Deze uitspraak is in lijn met HR 19 december 2003, *BJ* 2004/3, m.nt. Dijkers en Bröring, waarin de HR met betrekking tot de beoordeling van een ontslagverzoek door de geneesheer-directeur, hetzelfde oordeelde.

De leer van de Hoge Raad wordt toegepast in Rb. Alkmaar 17 mei 2006, *BJ* 2006/37, m.nt. Dijkers, zij het dat als beoordelingsmoment niet de beslissing van de rechter, maar het tijdstip van verhoor wordt aangehouden. Opmerkelijk is voorts dat de rechter de opnemingsbeslissing van de geneesheer-directeur vernietigt, met als gevolg dat de oorspronkelijke machtiging herleeft. Volgens de annotator laat de uitspraak van de Hoge Raad evenwel voor vernietiging geen ruimte, al hij kan zich wel vinden in het herleven van de oorspronkelijke machtiging.

3.4.7 **Overige onderwerpen**

3.4.7.1 *Verlenging voorwaardelijke machtiging (art. 14c Wet Bopz)*

Een verlenging van de voorwaardelijke machtiging wordt in de wet aangeduid als nieuwe voorwaardelijke machtiging, en niet, zoals tijdens de parlementaire behandeling is gesuggereerd, met (bijvoorbeeld) de term opvolgende machtiging. Volgens de regering zou dit in de praktijk tot verwarring leiden. Juist de term nieuwe voorwaardelijke machtiging blijkt echter in de praktijk tot misverstanden te leiden, zie bijvoorbeeld Rb. Zutphen 23 maart 2004, *BJ* 2004/24, m.nt. Dijkers. In HR 14 april 2006, *BJ* 2006/25, m.nt. Dijkers, was een voorwaardelijke machtiging verzocht, maar werd – omdat de patiënt niet instemde met de voorwaarden en in de verwachting dat de officier van justitie binnen enkele dagen een daartoe strekkend verzoek zou doen – door de rechtbank een voorlopige machtiging verleend onder de ontbindende voorwaarde dat de officier die maatregel niet zou verzoeken. Volgens de Hoge Raad is dit in strijd met de rechtszekerheid die meebrengt dat over de rechtskracht van een vrijheidsbenemende beslissing geen enkele onduidelijkheid bestaat.

Volgens Rb. Amsterdam 24 januari 2006, *BJ* 2006/28, m.nt. red., wordt de geldigheidsduur van een lopende voorwaardelijke machtiging verlengd totdat op een verlengingsverzoek is beslist.

Na conversie kan geen nieuwe voorwaardelijke machtiging (voor twaalf maanden) worden afgegeven. Rb. Utrecht 17 augustus 2006, *BJ* 2006/56, m.nt. red., corrigeerde daarom eigenhandig (zonder toepassing van art. 8a Wet Bopz) het daartoe strekkende verzoek van de officier van justitie en verleende een (eerste) voorwaardelijke machtiging voor zes maanden.

3.4.7.2 *Is een voorwaardelijke machtiging een machtiging onder opschortende voorwaarden?*

Moet de voorwaardelijke machtiging worden gezien als een machtiging die wordt verleend onder opschortende voorwaarden, zodat deze pas van kracht wordt op het moment dat deze voorwaarden zijn vervuld? Dit lijkt wel te moeten worden afgeleid uit Rb. 's-Hertogenbosch 26 februari 2004, *BJ* 2004/22, m.nt. Dijkers.⁹⁴ De annotator is een andere mening toegedaan. Zijns inziens gaat de maatregel direct in met de uitspraak van de rechter. De rechter machtigt immers niet slechts tot eventuele dwangopneming, maar ook tot het ambulante beperken van de vrijheden van de patiënt.

3.4.7.3 *'Bruikbaarheid' voorwaardelijke machtiging*

In Rb. Arnhem 1 juli 2004, kenmerk BOPZ 04/090, LJN: AR8526, is de patiënt met voorwaardelijk ontslag, maar wordt hij met enige regelmaat in het psychiatrisch ziekenhuis opgenomen vanwege gevaar voor agressieve uitbarstingen. De rechtbank voelde in dit geval niet voor een voorwaardelijke machtiging. "De consequentie van een voorwaardelijke machtiging in casu is namelijk dat er of telkens een inbewaaringstelling moet worden aangevraagd of telkens gewacht moet worden op een beoordeling van een niet-behandelend psychiater." Een vergelijkbare casus was aan de orde in Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam 10 juli 2003, *BJ* 2004/16, m.nt. red., waarbij volgens de annotator een voorwaardelijke machtiging geen geëigend kader zou bieden, omdat gedwongen opneming het einde van de ambulante maatregel betekent. Deze wordt immers van rechtswege geconverteerd in een voorlopige machtiging.

94 Vgl. ook Rb. Amsterdam 23 februari 2004, *BJ* 2004/18, m.nt. Dijkers, waarvan het dictum luidde: "verleent machtiging onder de voorwaarde dat de betrokkene zich onder behandeling stelt overeenkomstig het overgelegde behandelingsplan", hetgeen suggereert dat de machtiging afhankelijk wordt gesteld van het naleven van de voorwaarden.

3.4.7.4 *Gevaarscriterium bij (verlenging) voorwaardelijke machtiging*

Volgens Rb. Groningen 20 maart 2006, *BJ* 2006/30, m.nt. red., is bij de toepassing van het gevaarscriterium bij de voorwaardelijke machtiging met name van belang welke gevaren zijn te voorzien indien betrokkene niet langer zou worden behandeld. “Daarbij dient dan tevens – en bij elke herhaling van het verzoek nadrukkelijker – de vraag aan de orde te komen of stoornis en gevaar nog in relevante mate aanwezig zijn c.q. of betrokkenes toestand inmiddels niet zover is verbeterd dat hij of zij inmiddels weer in staat kan worden geacht zelf te overzien of en hoeveel hulp hij of zij moet inroepen als zijn/haar toestand weer verslechtert. Wordt die vraag niet telkenmale gesteld en getoetst, dan kan een cirkelredenering ontstaan waarbinnen patiënten tot in lengte van jaren aan het regime van een voorwaardelijke machtiging gebonden blijven zonder dat de rechter kan toetsen of het gevaar (...) nog aanwezig is.”

3.4.8 **Conclusie jurisprudentieonderzoek**

De jurisprudentie over de voorwaardelijke machtiging werd in de onderzochte periode gedomineerd door twee kwesties, die beide door de Hoge Raad zijn beslecht. De eerste kwestie was of, met betrekking tot de vereiste instemming van de patiënt met het behandelingsplan en de bereidheid tot het naleven van de voorwaarden, het volstaat dat de rechter daarin voldoende vertrouwen heeft. Deze vraag werd ontkennend beantwoord, omdat de wet hiervoor geen ruimte biedt. De tweede kwestie betrof de toelaatbaarheid van de paraplumachtiging na de invoering van de regeling van de voorwaardelijke machtiging. Daarvoor bestaat volgens de Hoge Raad geen ruimte meer.

De hoogste rechter heeft verder uitgemaakt dat de rechter niet de bevoegdheid heeft ambtshalve een andere machtiging te verlenen dan door de officier van justitie is verzocht. Zonodig kan toepassing worden gegeven aan art. 8a Wet Bopz. In de praktijk heeft zich de figuur van het primair/subsidiair verzoek ontwikkeld. Sommige kwesties blijken in de jurisprudentie nog niet helemaal uitgekristalliseerd. Zo is niet helemaal duidelijk hoe specifiek het behandelingsplan moet zijn. Evenmin is er overeenstemming over de toelaatbaarheid van een voorwaardelijke machtiging bij een reeds opgenomen patiënt. Ook over de vraag of gedurende de looptijd van een voorwaardelijke machtiging een vrijwillige opneming mogelijk is (zonder conversie), bestaat geen eenstemmigheid. Overigens blijkt uit de jurisprudentie dat geen conversie wordt aangenomen als art. 14d Wet Bopz niet is nageleefd.

3.5 **Overige literatuur**

Voor de bespreking van de overige literatuur zijn in het kader van dit onderzoek drie rapporten van belang, te weten het Jaarbericht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg welke mede ten grondslag heeft gelegen aan de laatste voorstellen voor

wetswijziging van de voorwaardelijke machtiging,⁹⁵ het rapport 'De voorwaardelijke machtiging in de praktijk'⁹⁶ en tot slot het rapport 'Thuis onder voorwaarden'.⁹⁷ Hieronder worden deze rapporten achtereenvolgens besproken.

3.5.1 Jaarbericht IGZ 2005

In 2005 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoek uitgevoerd naar de wijze waarop rechters de voorwaardelijke machtigingen in 2004 hebben toegepast.⁹⁸ Uit dit onderzoek komt naar voren dat 11% van de patiënten voor wie een rechterlijke machtiging werd verleend een voorwaardelijke machtiging hebben gekregen. De regionale verschillen tussen de rechtbanken zijn groot. Mogelijke verklaringen die de inspectie voor deze verschillen geeft, zijn:

- Instellingen in een arrondissement hebben te maken met een beperkte opnamecapaciteit. Ambulant behandelen kan dan uitkomst bieden.
- Rechters stellen de fundamentele rechten van de patiënt voorop en zijn minder snel geneigd iemand gedwongen op te nemen.
- Een officier van justitie verzoekt de rechter eerder om een voorwaardelijke machtiging dan om een andere rechterlijke machtiging.
- Een rechter komt tijdens de behandeling tot de conclusie dat een voorwaardelijke machtiging meer op zijn plaats is dan een andere machtiging.⁹⁹

De verklaringen zijn niet nader onderzocht.

In 2004 werd nog voor 3% van de patiënten met een rechterlijke machtiging een paraplumachtiging afgegeven. Overigens vermoedt de inspectie dat dit aantal in werkelijkheid hoger ligt, maar dit is uit de beschikbare gegevens niet te achterhalen.¹⁰⁰

Het onderzoek laat zien dat rechters verschillend met het instemmingsvereiste omgaan. Sommige rechtbanken geven een strikte uitleg aan de vereiste instemming, terwijl andere een voorwaardelijke machtiging verlenen als zij er voldoende vertrouwen in hebben dat de patiënt de opgelegde voorwaarden zal naleven. De minister van VWS heeft overigens de rechtbanken op 12 augustus 2004 een circulaire gestuurd, waarin hij heeft aangegeven dat de vereiste instemming met de voorwaarden betekent: "de rechter moet er voldoende vertrouwen in hebben dat betrokkene zich aan de voorwaarden zal houden". Overigens lag het accent van het

95 Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005). Zie ook de opmerkingen van de regering in Kamerstukken II, vergaderjaar 2005-2006, 30 492, nr. 3, p. 12.

96 Perdok & Pracht (2005).

97 Van 't Land & De Ruiter (2006).

98 Zie over dit onderzoek tevens Schuite, Slotegraaf & Van Marle (2006).

99 Ibid., p. 8.

100 Ibid., p. 9.

onderzoek van de inspectie vooral op de kwantitatieve gegevens van de voorwaardelijke machtiging en paraplumachtiging. Een uitgebreider overzicht van de gegevens is terug te vinden in een artikel gepubliceerd in *Journal Ggz en recht*.¹⁰¹ Verder concludeert de Inspectie dat de voorwaardelijke machtiging in de praktijk goed werkt. Zij leidt dit af uit het feit dat van de patiënten 38% geen nieuwe machtiging meer heeft gekregen, terwijl aansluitend aan de eerste machtiging 47,4% een nieuwe voorwaardelijke machtiging kreeg. 14,6% van de patiënten met een voorwaardelijke machtiging werd opgenomen, omdat zij zich niet aan de voorwaarden hielden.

De Inspectie laat weten voorstander te zijn van een verruiming van de regeling van de voorwaardelijke machtiging, zodat ook patiënten die niet expliciet instemmen met de machtiging maar waarvan duidelijk is dat zij toch de voorwaarden zullen naleven, onder de regeling gaan vallen. Overigens heeft de Inspectie berekend dat het slechts om 136 patiënten extra zou gaan. Dit getal betreft patiënten van wie bekend is dat zij in 2005 een paraplumachtiging hebben gekregen.¹⁰² Waarschijnlijk wordt er hier van uitgegaan dat deze patiënten een paraplumachtiging kregen, omdat zij niet expliciet instemden met de voorwaardelijke machtiging.

Tot slot kondigt de Inspectie aan voor 2006 vervolgonderzoek te doen naar de naleving van de opgelegde voorwaarden.

3.5.2 'De voorwaardelijke machtiging in de praktijk'

De onderzoekers, een griffier en een juridisch medewerker bij de politievakbond ACP, hebben het onderzoek 'De voorwaardelijke machtiging in de praktijk' in 2004 verricht als afstudeeronderzoek voor de opleiding Sociaal Juridische Dienstverlening. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de rechtbank Haarlem. In tien arrondissementen is gesproken met een rechter, een officier van justitie en een geneesheer-directeur van een psychiatrisch ziekenhuis. Verder zijn enkele sleutelfiguren geïnterviewd.

De onderzoekers concluderen dat de arrondissementen in twee stromingen te verdelen zijn. In de ene stroming wordt nog steeds de paraplumachtiging gehanteerd, als de voorwaardelijke machtiging niet voldoet. De andere past uitsluitend de voorwaardelijke machtiging toe, omdat men hier van mening is dat de voorwaardelijke machtiging de paraplumachtiging heeft vervangen. De onderzoekers bevelen aan om de paraplumachtiging te blijven toepassen zolang de wetgeving nog niet is aangepast. Overigens werd deze aanbeveling gedaan vóór de uitspraak van de Hoge Raad van 29 april 2005.

101 Ibid., p. 6-10.

102 Ibid., p. 10.

Een tekortkoming in de procedure van de voorwaardelijke machtiging is dat de opnemingsprocedure veel langer duurt in vergelijking met de opneming na een ontslag onder voorwaarden. Als gevolg hiervan vragen veel instellingen een inbewaringstelling aan. Een mogelijke oplossing hiervoor zou kunnen zijn dat het onderzoek van de onafhankelijke psychiater en het horen door de geneesheer-directeur ná de opneming van de patiënt plaatsvinden.

Een ander knelpunt dat door de onderzoekers wordt geconstateerd, is dat mensen met een voorwaardelijke machtiging die meermalen worden opgenomen, geconfronteerd worden met verschillende procedures. Zoals gezegd is een opneming na een ontslag onder voorwaarden veel gemakkelijker te realiseren dan een opneming van iemand die met een voorwaardelijke machtiging buiten de instelling verblijft. Als een persoon met een voorwaardelijke machtiging wordt opgenomen, heeft dit tot gevolg dat zijn machtiging van rechtswege wordt omgezet in een voorlopige machtiging. Wanneer hij vervolgens ontslagen wordt, kan dit onder voorwaarden gebeuren. Wordt hij dan opnieuw opgenomen dan geldt de procedure van opneming na voorwaardelijk ontslag. De onderzoekers bevelen aan om dit probleem op te lossen door de voorwaardelijke machtiging na ontslag te laten herleven.

3.5.3 'Thuis onder voorwaarden'

Het rapport 'Thuis onder voorwaarden' is het verslag van een studie die werd verricht in opdracht van het ministerie van Justitie en kan worden beschouwd als een ex-ante evaluatie van de voorgenomen wetswijzigingen van de regeling van de voorwaardelijke machtiging.¹⁰³ De hoofdvraag luidt:

"Heeft de voorgestelde wetswijziging het beoogde effect voor patiënten voor wie in de praktijk behoefte bestaat aan een dergelijk instrument [bedoeld wordt de voorwaardelijke machtiging] maar waar de tekst van de wet dat thans nog in de weg staat?"

In het bijzonder gaat het daarbij om patiënten van wie redelijkerwijs kan worden aangenomen dat zij nadat een machtiging is verleend, de voorwaarden in de praktijk zullen naleven, maar die de bereidheid daartoe niet kunnen of willen uitspreken. Het betreft een oriënterende studie aan de hand van de bestudering van schriftelijke stukken over de voorgenomen wetswijziging en negen interviews. De interviews zijn gehouden met drie psychiaters, drie officieren van justitie en drie rechters en namen steeds een uur in beslag. De geïnterviewde personen zijn niet willekeurig gekozen. Het betreft respondenten die goed ingevoerd zijn in de materie en daar een duidelijke mening over hebben.

De onderzoekers beschouwen hun studie als een exploratieve toets en pretenderen geen algemeen geldende conclusies te geven.

De doelgroep van de voorwaardelijke machtiging wordt gevormd door personen die in staat zijn om in de maatschappij te functioneren. Er mag geen sprake zijn van een onverantwoord risico in de zin dat patiënten een gevaar vormen voor zichzelf of hun omgeving. Verder vinden respondenten dat een patiënt minimaal een bepaald besef moeten hebben van wat de behandeling inhoudt en welke voorwaarden eraan verbonden zijn, ook al is expliciete instemming niet meer nodig. Enkele respondenten achten de voorwaardelijke machtiging niet geschikt voor patiënten die in het geheel geen ziekte-inzicht hebben en voor verslaafden met een psychiatrische comorbiditeit, omdat deze structuur nodig hebben. Ook zou de voorwaardelijke machtiging minder geschikt zijn voor psychotische patiënten die niet goed te stabiliseren zijn met medicatie en snel ontregeld raken.

De voorwaardelijke machtiging is wél geschikt voor patiënten zonder ziekte-inzicht als uit de ziektegeschiedenis van de patiënt blijkt dat hij zich aan de behandeling houdt en als er een behandelaar is die met de patiënt een intensieve relatie onderhoudt en goed toezicht kan houden op de inname van medicatie door de patiënt. Daarnaast is het van belang dat de patiënt een breed sociaal vangnet heeft dat toezicht kan houden.

Enkele respondenten zijn tegenstander van de voorgenomen wetwijziging. Zij vinden de uitbreiding in strijd met de grondslag van de voorwaardelijke machtiging, te weten instemming van de patiënt. Ook vinden zij dat het best wil-criterium via de achterdeur wordt binnengehaald. Verder wordt opgemerkt dat de paraplumachtiging goed functioneert en vindt men dat deze intact zou moeten worden gelaten. Eén van de voordelen van de paraplumachtiging is dat er minder toetsmomenten zijn, hetgeen minder belastend is voor de patiënt. Een respondent zegt dat patiënten het verschrikkelijk vinden als ze voor de rechter moeten verschijnen.

Enkele respondenten pleiten voor een nieuwe wet, omdat in de praktijk geen tegenstelling bestaat tussen opnemen en niet-opnemen. Patiënten pendelen continu heen en weer tussen gevangenis, inrichting en de maatschappij. De vraag die centraal moet staan is: hoe kun je mensen die er zo aan toe zijn zo goed mogelijk beschermen? Een nieuwe wet zou de psychische stoornis van de patiënt en de noodzakelijke behandeling meer centraal moeten stellen.

3.6 Conclusie

In dit hoofdstuk is aan de hand van kamerstukken, jurisprudentie en literatuur het kader van de voorwaardelijke machtiging besproken. De voorwaardelijke machtiging is ingevoerd omdat in de praktijk behoefte bleek te bestaan om in een toenemend extramuraliserende zorg bij een aantal patiënten de 'vinger aan de pols' te kunnen

houden. Als gevolg hiervan ontstond de buitenwettelijke paraplumachtiging. De voorwaardelijke machtiging beoogde deze paraplumachtiging een wettelijke basis te geven. Omdat de regeling niet op alle fronten goed doordacht was, bleken patiënten die niet in staat zijn om weloverwogen in te stemmen met een voorwaardelijke machtiging, maar waarvan kan worden verwacht dat zij zich in de praktijk wel aan de opgelegde voorwaarden zullen houden, buiten de boot te vallen als gevolg van de uitleg die de Hoge Raad aan de wettelijke regeling heeft gegeven. Daarom is inmiddels een aantal wetswijzigingen voorgesteld. Desalniettemin blijkt dat bij sommigen nog steeds een hang naar de paraplumachtiging bestaat.

4. KWANTITATIEF ONDERZOEK

4.1 Inleiding

Onder de 643 respondenten die hun medewerking hebben verleend aan de enquête, bevonden zich 38 rechters, 16 officieren van justitie en 26 advocaten. Sommige van de voor dit deelonderzoek relevante vragen zijn alleen aan deze zogenaamde rechtspraakrespondenten voorgelegd; een aantal andere vragen werd aan alle respondenten gesteld. Het ging in dat geval niet om het verkrijgen van inzicht in de meer technische uitvoering van de wettelijke regeling van de voorwaardelijke machtiging, maar bijvoorbeeld om vragen over drang en dwang buiten de psychiatrische ziekenhuizen. Vragen als deze laatste zijn dus niet alleen aan rechters, officieren van justitie en advocaten voorgelegd, maar eveneens aan hulpverleners binnen de GGZ, leden van cliënten- of familieraden of andere respondenten. De niet-rechtspraakrespondenten zijn in hoofdzaak behandelaars.

De uitkomsten van vragen die zijn voorgelegd aan alle respondenten bieden de mogelijkheid de scores van de rechtspraakrespondenten te vergelijken met de scores van de overige respondenten. Waar dat gewenst leek, is ervoor gekozen de door rechters gegeven scores afzonderlijk te vermelden en te vergelijken met andere scores.

De enquête bevatte vragen betreffende inzicht en kennis van de respondenten en hun behoefte aan informatie, maar ook vragen over knelpunten. Deze vragen zijn voor het deelonderzoek relevant waar ze betrekking hebben op de voorwaardelijke machtiging. Vanaf vraag 60 volgde een aantal vragen betreffende de feitelijke en juridische gang van zaken bij het verzoeken van een voorwaardelijke machtiging inclusief de mogelijke wijzigingsbeslissingen van de rechter, en het verlengen ervan. Ook werd het oordeel gevraagd over de kwaliteit van het behandelingsplan, de toepassing van art. 8a, het verschil met de oude paraplumachtiging en de belangrijkste voorgestelde wijzigingen in wetsontwerp 30 492.

Hieronder volgt nog een korte beschrijving van de betrouwbaarheid van dit kwantitatieve onderzoeksdeel, waarna wordt ingegaan op de resultaten. De enquête bevatte overigens ook enkele open vragen. De gegevens die daaruit zijn gekomen, zijn eveneens in dit hoofdstuk opgenomen.

4.2 Betrouwbaarheid

Ondanks pogingen om het aantal rechtspraakrespondenten zo hoog mogelijk te krijgen, moet worden vastgesteld dat het om een relatief kleine groep van 80 respondenten gaat. Zij vormen 12,4% van de totale groep respondenten. Het duiden van uitkomsten als relevant of significant wordt moeilijker wanneer, zoals bij een aantal vragen in deze enquête, de non-response relatief hoog ligt. De non-response bij de totale groep respondenten lag regelmatig in de buurt van de 55% en ook voor de rechtspraakrespondenten bleek het lang niet altijd mogelijk op één van de antwoordmogelijkheden te scoren. Voor sommigen van hen, bijvoorbeeld de

officieren van justitie, zou kunnen gelden dat niet alle vragen voldoende aansloten op hun werkpraktijk of kennis. Maar dat gegeven verklaart niet volledig de score op bijvoorbeeld de vraag waar de respondent zijn oordeel kon geven over de kwaliteit van het behandelingsplan bij de voorwaardelijke machtiging; twaalf officieren van justitie beantwoordden de vraag niet, één officier scoorde onder de antwoordmogelijkheid 'voldoende', één onder 'matig' en twee van zijn collega's onder 'voldoende'. Aan een uitkomst als deze kan helaas weinig betekenis worden gehecht. De non-response bij de advocaten lag gemiddeld lager, maar lag halverwege de vragenlijst op veertien respondenten, terwijl op een gegeven moment ook bij de rechters een non-response van veertien bleek. De vraag naar vrijheidsbeperkende voorwaarden in het behandelingsplan bijvoorbeeld kende bij de advocaten een non-response van 14; drie advocaten scoorden 'weet niet' en de overige negen scores waren verdeeld over 'nooit', 'soms' (samen driemaal), 'regelmatig' (3) en 'altijd' (3). Op een aantal plaatsen wordt daarom wel de score van de rechters vermeld en van enig commentaar voorzien, maar is weergave van de scores van de officieren van justitie en in mindere mate van de advocaten afzonderlijk achterwege gebleven. Enkele respondenten wijzen er in hun commentaar op dat de vragenlijst (te) lang is. Wellicht heeft ondanks pogingen om de vragenlijst te bekorten, de uiteindelijke lengte ervan de medewerking aan het volledig invullen van de vragenlijst negatief beïnvloed. Of ook andere factoren een rol hebben gespeeld, kon niet worden bevestigd; te denken valt aan de formulering van de vragen of de gebruiksvriendelijkheid van de in te vullen vragenlijst. De behandeling van de uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek is daarom summier gebleven.

4.3 Resultaten

4.3.1 Inzicht in en kennis van de Wet Bopz en de Wgbo

De rechters en de advocaten hebben meer dan de andere respondenten geantwoord dat ze voldoende c.q. ruim voldoende inzicht hebben in de laatste maatschappelijke ontwikkelingen rondom de Wet Bopz; de scores bij de antwoordmogelijkheden 'voldoende' en 'ruim voldoende' tezamen betroffen iets meer dan 88%. Officieren van justitie scoorden hier 20% lager en de score van alle respondenten was hier 63,6%. Ook in dit geval waren de scores bij de beide antwoordmogelijkheden 'voldoende' en 'ruim voldoende' opgeteld; 18,5% van alle respondenten vulde in dat hun inzicht voldoende noch onvoldoende was en 6,2% had de vraag niet beantwoord of de rubriek 'weet niet' ingevuld.

Ook bij de vraag naar kennis inzake bepaalde onderdelen van de Wet Bopz laten de 80 rechtspraakrespondenten een enigszins afwijkende score zien, maar nu liggen hun scores lager. Van alle respondenten geeft 83,7% aan dat zij hun kennis inzake middelen of maatregelen binnen de instelling toereikend achten tegen 68,4% van de rechters en 76,9% van de advocaten. Deze uitkomst roept geen verbazing op; de

toepassing van middelen of maatregelen is een beslissing die zelden juridisch getoetst wordt.

Kennis over de toepasselijkheid van de Wgbo naast de Wet Bopz is daarentegen ontoereikend bij 43,8% van de officieren van justitie, 36,8% van de rechters en 15,4% van de advocaten. De algemene score was hier 19,4%. Deze score is niet verwonderlijk omdat de Bopz-rechter bij de toepassing van de Wgbo geen rol heeft. Kennis van de Wgbo kan overigens wel gewenst zijn wanneer de rechter moet beslissen op een verzoek om een machtiging waarin het gaat om het legitimeren van vrijheidsbeperkingen die mogelijk onder de Wgbo kunnen worden gebracht of om het kunnen realiseren van somatische dwangbehandeling.

Kennis over de toepassing van de Wet Bopz buiten de instelling is in het algemeen ontoereikend bij 19,4% van de respondenten, maar bij de rechtspraakrespondenten ligt dit beduidend anders; de score is 0% bij rechters en 3,8% bij de advocaten d.w.z. 1 advocaat. Alle bij de enquête betrokken rechters (38) en nagenoeg alle advocaten (26 – 1) geven aan dat hun kennis op dit punt toereikend is. Deze uitkomst maakt duidelijk dat geen prioriteit behoeft te worden gegeven aan een voorlichtingscampagne over de voorwaardelijke machtiging onder de rechtspraakrespondenten.

4.3.2 **Mogelijkheden van de Wet Bopz en knelpunten met andere wetten**

De enquête bevatte ook de vraag of de Wet Bopz voldoende behandelmogelijkheden biedt voor drie categorieën cliënten. Op deze vraag werd algemeen geantwoord dat er (zeer) onvoldoende mogelijkheden waren voor zorgmijders (44,4%), en voor vrijwillig opgenomen cliënten die niet instemmen met de behandeling (39,2%). Bij ambulante cliënten, de derde categorie, waren de scores in evenwicht: 28,4% (zeer) onvoldoende tegen 23,2% (zeer) voldoende. De rechters steunen deze score t.a.v. de eerste twee categorieën (resp. 58,9% en 50%), maar menen in meerderheid dat de Wet Bopz voldoende behandelmogelijkheden biedt voor ambulante cliënten (55,3% tegen 23,7% (zeer) onvoldoende). De corresponderende scores bij de eerste twee categorieën waren bij de advocaten 46,2% resp. 30,8%; ten aanzien van de ambulante cliënten waren de scores gelijk (26,9%), dat wil zeggen dat ongeveer een kwart van de advocaten van mening was dat de Wet Bopz voldoende behandelmogelijkheden biedt voor deze categorie, terwijl eveneens een kwart van hen de tegenovergestelde mening was toegedaan. Opvallend is dat de rechters meer dan behandelaars en advocaten menen dat de Wet Bopz voor ambulante cliënten behandelmogelijkheden biedt.

De vraag of bepaalde cliëntengroepen wel onder de Wet Bopz zouden moeten vallen, terwijl dit nu niet het geval is, werd door 30,2% van alle respondenten bevestigend beantwoord, terwijl de scores bij de antwoordmogelijkheden 'nee' en 'weet niet' en de non-response elk circa 23% bedroegen. De scores bij de rechters zijn 44,7% bij 'ja', 23,7% bij 'nee' en elk circa 16% bij de beide andere antwoordcategorieën. De

respectievelijke scores bij de advocaten zijn: 19,2% (ja), 30,8% (nee), 15,4% (weet niet) en 34,8% (non-response).

Op de vraag welke cliëntengroepen eerder opgenomen zouden moeten worden dan nu het geval is, worden het meest gescoord: de zorgmijders (36,4%) en de verslaafden (24,3%). De rechters scoorden ook bij deze twee groepen het hoogst (42,1% en 31,6%) en scoorden daarna 10,5% bij de groep jongeren tot 19 jaar. Ook eerder al bleek dat met name de rechters een knelpunt zagen tussen de Wet Bopz en de ondertoezichtstelling. De naar verhouding hoge scores van de rechters roepen vragen op. Het ligt niet direct voor de hand om deze uitkomsten te duiden als een rechterlijk pleidooi om de gevaarsgrond te mitigeren of te verlaten. Het ligt meer voor de hand de verklaring van de verschillen te zoeken in de omstandigheid dat de behandelaars zich meer bewust zijn van de problemen rond behandelbaarheid van deze cliënten; het lijkt mogelijk dat dit perspectief de behandelaars ertoe heeft gebracht om ten aanzien van de vragen over eerder opnemen enige reserve in acht te nemen.

De advocaten blijken geen voorstander van eerder opnemen: de percentages onder 'ja' zijn zorgmijders 19,5%, verslaafden 11,5% en jongeren onder de 19 jaar 3,8%. De hoogste scores bij de officieren van justitie betroffen de eerste twee groepen: 31,3% resp. 25%.

De relatief hoge scores bij zorgmijders en verslaafden suggereert dat de Wet Bopz op dit punt onvoldoende functioneert. Het kan ook duiden op een verlangen om situaties van overlast sneller en fermere dan nu aan te kunnen pakken. Een pleidooi voor een behandelwet kan op deze uitkomst niet worden gebaseerd, mede omdat in de vraagstelling het eerder opnemen centraal staat.

Knelpunten op het grensvlak met de Wgbo worden door de respondenten nauwelijks ervaren; de hoogste score wordt aangetroffen bij de antwoordmogelijkheid 'bij somatische dwangbehandeling is onduidelijk welke wet van toepassing is', maar de score 'geen knelpunt' is hier 10 maal zo hoog. De rechters scoren hier 15,8% d.w.z. dat 6 van de 38 rechters hier een knelpunt ervaren. Onder de antwoordmogelijkheid 'beide wetten staan dwangbehandeling toe' is de score van de rechters 13,2%. De advocaten ervaren nagenoeg geen knelpunten; slechts tweemaal wordt een knelpunt gescoord; het betreft bij de beide hierboven vermelde antwoordmogelijkheden steeds een score van 1.

4.3.3 **Afwijzing van het verzoek en het behandelingsplan**

Een aantal vragen is specifiek en uitsluitend gesteld aan de 80 rechtspraakrespondenten. Het betreft allereerst de redenen van afwijzing van een verzoek om een voorwaardelijke machtiging. Zoals te verwachten scoort bij de beantwoording door rechters het hoogst het niet instemmen van de betrokkene: 77,9%; vervolgens werd – ook – gescoord de afwezigheid van een behoorlijk behandelingsplan (44,7%), de voorwaarden waren te algemeen geformuleerd (34,3%) en er is een inbewaring-

stelling (lbs) gelast (29%). Men bedenke bij deze scores dat het een meerkeuzevraag betreft waarop meerdere antwoorden konden worden gescoord. Dertien rechters hebben twee redenen voor afwijzing gescoord en twaalf rechters gaven drie redenen aan. De scores bij de advocaten liggen dicht bij elkaar, maar betreffen dezelfde vier redenen voor afwijzing; het gaat hierbij om vijf, zes of zeven advocaten. De score van 29% door de rechters bij de reden dat een inbewaringstelling is gelast, betreft een score door elf rechters. Zestien rechters gaven hier aan dat deze reden nooit voorkwam en er was een non-response van elf bij deze antwoordmogelijkheid. De uitkomst duidt er op dat naar de ervaring en inschatting van rechters regelmatig de behandelrelatie en de mogelijkheid voor een voorwaardelijke machtiging te rooskleurig wordt ingeschat. Deze situatie is overigens een andere dan de situatie dat een voornemen tot opnemning en conversie wordt doorkruist door een inbewaringstelling.

Het oordeel van de rechters, officieren en advocaten over de kwaliteit van het behandelingsplan is gematigd positief. Bij een non-response van 31 scoorden 20 rechtspraakrespondenten 'matig' of 'onvoldoende' tegen 29 die 'goed' (5), 'redelijk' (15) of 'voldoende' (9) scoorden. De kritiek op de kwaliteit van het behandelingsplan betreft in volgorde van hoogte van de score 'de instemming van betrokkene' (de helft plus 1 van de 80 respondenten), 'de omschrijving van de therapeutische middelen', 'het toezicht op de naleving van de voorwaarden' en 'de verantwoordelijke voor de behandeling' (30 resp. 28 resp. 21 respondenten).

Vrijheidsbeperkingen zijn in deze enquête omschreven als vrijheidsbeperkingen met fysieke middelen of beperkingen door middel van medicatie. Op de vraag naar vrijheidsbeperkingen in de voorwaarden van het behandelingsplan antwoordden 6 respondenten dat dit nooit voorkwam en 37 kwamen uit tussen soms en altijd. Bij de rechters waren deze cijfers 4 en 23. De uitkomst bevreedt omdat in de meeste behandelingsplannen een voorwaarde is opgenomen betreffende medicatie. Ook de non-response van 30 leidt er toe dat aan deze uitkomst geen bijzondere betekenis kan worden toegekend. Vrijheidsbeperkingen zijn vooral toegestaan, zo meenden de rechters, omdat het gevaar wordt weggenomen (27 maal), omdat de interventie proportioneel is (21 maal), omdat de interventie noodzakelijk is (20 maal) en om een opnemning te voorkomen (19 maal). De advocaten en de officieren van justitie die meewerkten aan dit deel van het onderzoek, vertonen vergelijkbare scores. Bij alle rechtspraakrespondenten is vrijheidsbeperking het minst toegestaan wanneer er sprake is van dwang of drang; een significant verschil tussen drang en dwang wordt bij deze vraag door de respondenten niet gemaakt.

Op de vraag of de wet nadere eisen zou moeten stellen aan vorm of inhoud van het behandelingsplan antwoordden nagenoeg evenveel rechtspraakrespondenten positief (18) als negatief (19). De non-response was 31, en 12 respondenten gaven aan dat ze geen mening hadden.

4.3.4 Artikel 8a, wijzigingen door de rechter en de verlenging

Het aantal rechters dat met hun bevoegdheid op grond van art. 8a knelpunten ervaart is tweemaal zo hoog als het aantal rechters dat dit niet ervaart (14 tegen 7). De algemene score van de rechtspraakrespondenten is aan beide kanten ongeveer gelijk.

Een respondent schrijft:

“Soms wel te gemakkelijk aangegrepen, als vrijwillig ook een optie is; het blijft wel een machtiging, dus een zware maatregel.”

Elders merkt een respondent op:

“Vaak noodzaak tot tweede bezoek; soms reageert het OM niet adequaat.”

En een rechter:

“Het werkt doorgaans heel best. Uiteraard is er tijdverlies. De rechter zou zelf moeten mogen ombuigen. Dat voorkomt ook dat als de officier van justitie niets van zich laat horen een aanvraag moet worden afgewezen.”

Twee andere reacties:

“Onnodige (administratieve, medische en juridische) procedure, waarin de officier van justitie als brievenbus fungeert.”

“Gelet op de – inhoudsloze – rol van de officier van justitie in Bopz-zaken leidt art. 8a tot nodeloze vertraging en complicaties.”

Van de in art. 14b leden 3 - 5 Wet Bopz opgenomen mogelijkheid dat de rechter de voorwaarden in het behandelingsplan wijzigt of een andere behandelaar aanwijst, blijkt nauwelijks gebruik te worden gemaakt. Het aanwijzen van een andere behandelaar komt in het geheel niet voor. De advocaten geven op beide punten een score van 0.

Het wijzigen van de voorwaarden van de voorwaardelijke machtiging nadat de voorwaardelijke machtiging is verleend, komt volgens 34 rechtspraakrespondenten waaronder de helft van de rechters nooit voor, al menen 9 rechtspraakrespondenten waaronder 7 rechters, dat dit wel voorkomt. Wellicht heeft de wet hier een te zorgvuldige regeling willen bieden. Het lijkt waarschijnlijk dat de praktijk al dan niet bewust geen onderscheid maakt tussen voorwaarden binnen het behandelingsplan (art. 14a lid 5) en voorwaarden buiten het plan betreffende het gedrag (art. 14a lid 7), en dat men bij het wijzigen van voorwaarden geen behoefte heeft aan interventie van de rechter. Een dergelijk gegeven biedt steun aan de opvatting dat de tussenkomst van de rechter alleen geboden is in verband met en met het oog op een opnemings, en dat de opstelling en wijziging van het behandelingsplan hoofdzakelijk een zaak is van en tussen de cliënt en de behandelaar. De situatie dat op oneigenlijke

gronden wordt afgeweken van het behandelingsplan (zie de door de Tweede Kamer ter zake aangenomen motie, Kamerstukken II, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, nr. 33), kan met dit onderzoek niet worden aangetoond.

Van de in art. 14e vermelde mogelijkheid dat de rechter zich uitspreekt over de beslissing van de geneesheer-directeur tot opname van de cliënt wordt weinig gebruik gemaakt. Van het totaal aantal rechtspraakrespondenten dat deze vraag heeft beantwoord (42 personen), geeft eenderde (14 respondenten) aan dat dit zich heeft voorgedaan tegen eenderde die dit niet heeft meegemaakt.

De meest voorkomende reden om een voorwaardelijke machtiging niet te verlengen, is het niet instemmen van de cliënt; van de rechtspraakrespondenten gaven 3 respondenten aan dat deze reden niet voorkwam tegen 37 respondenten die aangaven dat dit soms, regelmatig, vaak of altijd voorkwam. Twee andere antwoordmogelijkheden 'de aanwezigheid van vrijwilligheid' en 'de afwezigheid van gevaar' kenden een overeenkomstige score; de desbetreffende cijfers waren resp. 3 en 6 (deze reden komt nooit voor) tegen resp. 34 en 31 respondenten die scoorden tussen soms en altijd. Bij twee andere mogelijke redenen voor het niet verlengen van een voorwaardelijke machtiging, 'de betrokkene houdt zich niet aan de voorwaarden' en 'er is conversie geweest', zijn de scores ongeveer gelijk. Andere redenen waren 'het ontbreken van een behoorlijk behandelingsplan', 'de cliënt houdt zich niet aan de voorwaarden', 'er is conversie geweest' en 'de voorwaarden waren te algemeen geformuleerd'. De scores waren hier iets lager, maar het aantal respondenten dat hier een reden voor het niet verlengen scoorde was iets groter dan het aantal respondenten dat aangaf dat deze reden nooit voorkwam. Bij de redenen voor niet-verlenging bevonden zich enkele redenen die ook als antwoordmogelijkheid waren opgenomen bij de vraag om welke reden een verzoek om een eerste voorwaardelijke machtiging werd afgewezen. Het gaat om de redenen: 'betrokkene stemt niet in', 'een inbewaringstelling is gelast', een behoorlijk behandelingsplan ontbreekt' en 'de psychiater is niet onafhankelijk genoeg'. De scores bij de desbetreffende antwoordmogelijkheden in de beide situaties laten geen grote verschillen zien; de reden 'de psychiater is niet onafhankelijk genoeg' kreeg bij het verlenen van een voorwaardelijke machtiging een score van 43 nooit en geen andere scores; bij de vraag inzake het niet verlengen werd bij deze antwoordmogelijkheid 34 maal gescoord onder 'nooit' tegen tweemaal 'soms'.

4.3.5 **Vergelijking met de paraplumachtiging**

Enkele vragen hadden betrekking op de oude paraplumachtiging. Op de vraag hoe men oordeelt over het verdwijnen van de paraplumachtiging werd wisselend geoordeeld; de lage response (28 respondenten waaronder 2 'weet niet') laat niet toe veel gewicht aan de uitkomst toe te kennen, maar een lichte meerderheid tekent zich af voor de opvatting dat de voorwaardelijke machtiging een voldoende alternatief biedt. Slechts één respondent antwoordt hier dat de voorwaardelijke machtiging een beter perspectief biedt.

Op de vraag of men de voorwaardelijke machtiging een verbetering acht ten opzichte van de paraplumachtiging, antwoordt een lichte meerderheid negatief (24 scores onder 'nee' tegen 20 scores onder 'ja'). Van de 12 advocaten die deze vraag beantwoordden, meent echter eenderde dat sprake is van een verbetering, terwijl eenderde van mening is dat de voorwaardelijke machtiging niet een verbetering is ten opzichte van de oude paraplumachtiging.

De vraag of men de paraplumachtiging miste, beantwoordde een meerderheid positief (26 scoorden 'ja' tegen 18 respondenten 'nee'). Ook hier een opvallende beantwoording door de advocaten: 8 advocaten achtten het geen gemis tegen 4 collega's wel.

15 rechters achtten de voorwaardelijke machtiging geen verbetering ten opzichte van de paraplumachtiging tegen 11 collega's wel, en 17 rechters missen de paraplumachtiging tegen 9 niet. Een rechter merkt met betrekking tot het misten van de paraplumachtiging op:

"De paraplumachtiging kon meer naar eigen inzicht van de rechter worden opgelegd, uiteraard na gesprek met betrokkene en hulpverleners. De voorwaardelijke machtiging is een typisch door ambtenaren bedachte machtiging."

Twee andere rechters schrijven :

"Omdat in bepaalde gevallen een patiënt die niet instemt, gedwongen wordt om opgenomen te worden, terwijl dit niet nodig is."

"Omdat sommige patiënten wel kunnen functioneren met een paraplumachtiging, waarbij geen expliciete instemming is vereist, maar waarbij de formele vereisten van de voorwaardelijke machtiging te zwaar zijn. De wet is hier te star."

4.3.6 **Initiatief tot een voorwaardelijke machtiging, andere machtigingen en vaststellen wilsonbekwaamheid**

Een aantal vragen is zowel aan de rechtspraakrespondenten als aan de overige respondenten voorgelegd om een zo volledig mogelijk beeld te verkrijgen van de aspecten die in deze subparagraaf worden behandeld.

Het initiatief tot een voorwaardelijke machtiging wordt in de beleving van de advocaten even vaak genomen door de behandelend psychiater, de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en het multidisciplinaire team, als door de advocaat van de cliënt. Rechters houden het er op dat het vooral de behandelend psychiater en de rechter zijn die het initiatief nemen, direct gevolgd door de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en het multidisciplinaire team, terwijl de advocaat pas daarna degene is die het initiatief neemt. Deze vraag die aan alle respondenten werd voorgelegd, kende een non-response tussen de 52,9% en de 65,6% terwijl de scores onder de antwoordmogelijkheid 'weet niet' uiteenliepen van 12% tot 21,3%. De algemene score bij deze vraag, die dus ook door behandelaars is beantwoord, laat

zien dat de hoogste score betrekking heeft op de behandelend psychiater (4 respondenten scoren 'nooit' tegen 222 tussen 'soms' en 'altijd'), direct gevolgd door het multidisciplinaire team en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, en op korte afstand door de partner of een familielid, de cliënt zelf, de rechter en de advocaat.

De conclusie moet zijn dat de diverse groepen respondenten verschillend oordelen over de vraag wie het initiatief neemt en bij de beantwoording vooral door het eigen perspectief en de eigen ervaring geleid lijken te worden.

Na de invoering van de voorwaardelijke machtiging is er in het oordeel van de respondenten geen significante verandering opgetreden in het aantal reguliere machtigingen, inbewaringstellingen of het aantal malen dat voorwaardelijk ontslag is verleend. Van de respondenten die scoorden onder 'afgenomen', 'hetzelfde gebleven' of 'toegenomen' (circa driekwart van alle respondenten had deze vraag niet beantwoord of 'weet niet' gescoord) scoorden de meeste op 'hetzelfde gebleven'. De lagere scores onder 'afgenomen' en onder 'toegenomen' geven aan dat het aantal inbewaringstellingen en het aantal malen dat voorwaardelijk ontslag is verleend, in de beleving van deze respondenten is toegenomen en dat het aantal reguliere machtigingen ongeveer gelijk is gebleven. Deze uitkomst impliceert nog niet dat er sprake zou zijn van een aanzuigende werking en dat door de invoering van de voorwaardelijke machtiging meer personen onder de Wet Bopz zouden zijn gebracht dan zonder invoering van deze machtigingsvariant. Enige bevreesdheid wekt de uitkomst wel, omdat de idee dat het bij de voorwaardelijke machtiging zou gaan om die cliënten die voorheen een andere machtiging hadden, door deze uitkomst niet wordt onderbouwd.

Vanwege het belang dat de wilsbekwaamheid speelt op de achtergrond bij veel vragen inzake de voorwaardelijke machtiging en dwang en drang buiten het psychiatrisch ziekenhuis is aan alle respondenten, de rechtspraakrespondenten en de overige, de vraag voorgelegd hoe vaak sprake was van het bepalen van de wilsonbekwaamheid. Bij een non-response van 53,7% vielen de meeste scores bij de antwoordmogelijkheden 'soms' en 'regelmatig' (samen een kwart), 'nooit' werd 13 maal gescoord (2%), terwijl zowel onder de antwoordmogelijkheid 'weet niet' als onder de gezamenlijke antwoordmogelijkheden 'regelmatig', 'vaak' en 'altijd' circa 13% werd gescoord.

Indien de bepaling van de wilsbekwaamheid plaatsvindt, gaat het in de opvatting van de respondenten even vaak om een verzoek tot een voorlopige machtiging, inbewaringstelling of een verlenging (1), als om een ingrijpende behandeling of verrichting (2), een verzoek tot een voorwaardelijke machtiging (3) of het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies (4). Verwacht kon worden dat de score het hoogst zou zijn bij een verzoek tot een voorwaardelijke machtiging; de score is hier echter nog iets lager dan bij verzoeken tot een voorlopige machtiging, een lbs of een verlenging. Opvallend is ook dat 33 respondenten (waaronder zes rechters en drie

advocaten) aangeven dat vaststelling van de wilsonbekwaamheid nooit plaatsvindt bij een verzoek tot een voorwaardelijke machtiging. Wellicht stond hen voor ogen dat hier juist wilsbekwaamheid is vereist en er daarom geen wilsonbekwaamheid kan worden vastgesteld. Ook zou kunnen dat hoewel de instemming van de cliënt moet worden vastgesteld, er geen expliciete bepaling van de wils(on)bekwaamheid plaatsvindt.

4.3.7 **Vrijheidsbeperkingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis en buiten het kader van de Wet Bopz**

Van alle respondenten gaven er 129 in hun antwoord op de desbetreffende vraag aan dat het bij de voorwaardelijke machtiging behorende behandelingsplan vrijheidsbeperkingen bevat; een bijna even groot percentage (20%) kon de vraag niet met 'ja' of 'nee' beantwoorden en had 'weet niet' gescoord. De vraag kende een non-response van 350 respondenten (54,4%).

De in het behandelingsplan meest voorkomende vrijheidsbeperkingen zijn sederende medicatie of andere psychofarmaca. Bij de vraag naar andere verplichtingen in het behandelingsplan werd het meest gescoord 'de verplichting zich onder behandeling van een psychiater te stellen' en 'de plicht om zich te laten begeleiden door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige', gevolgd door 'de verplichting om thuiszorg toe te laten'. Opvallend is dat 28 respondenten waaronder 6 rechters 'ja' scoren onder de antwoordmogelijkheid 'de verplichting om te wonen in een beschermde woonvorm'. Deze laatste uitkomst is bijzonder omdat het omstrede is of een dergelijke verplichting kan worden opgenomen in een behandelingsplan. Het zou kunnen duiden op de wens om meer armslag te hebben om een machtiging op maat te verlenen die elementen bevat van de voorwaardelijke machtiging (voorwaarden en behandelingsplan) en elementen van de reguliere machtiging (het moeten wonen in een zorginstelling als een RIBW of een 'rehab'huis dat materieel geen Bopz-instelling is omdat er geen gesloten afdeling is maar waar wel zorg, structuur en behandeling wordt geboden).

Op de vraag of vrijheidsbeperkingen worden toegepast buiten het kader van een voorwaardelijke machtiging op extramuraal verblijvende cliënten, antwoordden 127 respondenten (19,8%) ontkennend tegen 38 respondenten (5,9%) bevestigend. De vraag kent een non-response van 55,1% en een score bij 'weet niet' van 9,3%. De meest vermelde vrijheidsbeperkingen voor deze situatie zijn medicatie en het onder dwang doen innemen ervan, gevolgd door beperking van de bewegingsvrijheid, overplaatsing en het de cliënt met geweld in bedwang houden. Eveneens, maar met een lage score, worden vermeld de antwoordmogelijkheden 'beperken telefoonverkeer', 'fixatie', 'afzondering' en 'separatie'.

Op extramuraal verblijvende cliënten zonder Bopz-status wordt drang wel toegepast; 15,7% van de respondenten scoorde 'soms', 'regelmatig' of 'vaak' tegen 11% 'nooit'. Dwang en vrijheidsbeperkingen worden volgens de respondenten bij deze cliënten

relatief weinig toegepast. De resp. percentages zijn 4,8% (soms of regelmatig dwang) tegen 22,4% (nooit dwang) en 5,7% (soms of regelmatig vrijheidsbeperkingen) tegen 21,6% (nooit vrijheidsbeperkingen).

De vraag of deze vrijheidsbeperkingen juridische rechtvaardigingen behoeven, wordt niet onverkort positief beantwoord. De verhouding tussen de score onder 'nee' en de score onder 'ja' is 2:3; wat betreft de rechtspraakrespondenten is deze verhouding 1:3 bij de rechters en 1:4 bij de advocaten. Het blijken met name de advocaten die een juridische rechtvaardiging nodig achten.

Bij doorvragen naar de wijze waarop een juridische rechtvaardiging tot stand zou kunnen worden gebracht, blijkt de voorkeur uit te gaan naar uitbreiding van het toepassingsgebied van de Wet Bopz boven het realiseren van een nieuwe wet of versterking van de rechtspositie van de cliënt in de Wgbo. De desbetreffende scores van de totale groep respondenten zijn resp. circa 10%, 5% en 1,6%. Men bedenke dat deze scores niet betekenen dat de overige respondenten faliekant tegen deze rechtvaardigingsmogelijkheden zijn. Uit de scores bij de vragen hiervoor en hierna blijkt sowieso een constante non-response van circa 55%. Rechters scoren gelijk onder de antwoordmogelijkheden 'uitbreiding van de Wet Bopz' en 'een nieuwe wet'. Meer advocaten dan rechters zijn voorstander van een vorm van juridische rechtvaardiging; beide groepen scoren het hoogst bij 'uitbreiding van de Wet Bopz', maar verschillen in hun tweede score. Geen advocaat pleit voor een nieuwe wet; wel wordt gescoord onder versterking van de rechtspositie van de cliënt in de Wgbo, met name met het oog op de rechtvaardiging van drang. Veel gewicht mag men niet toekennen aan deze laatste scores, omdat het zeer kleine aantallen betreft.

4.3.8 **Wijzigingsvoorstellen van de wetgever en algemene waardering**

De voorgestelde versoepeling van de procedure rond opnemings van een cliënt met een voorwaardelijke machtiging wordt over het algemeen positief ontvangen: 20% van de respondenten acht de voorgestelde procedure een verbetering ten opzichte van de huidige regeling tegen 6% die een tegenovergestelde opvatting huldigt; 7% was het eens noch oneens met de voorgestelde wijziging, 12,4% scoorde 'weet niet' en de non-response bij deze vraag was 56,6%. Bij de rechtspraakrespondenten achtten 17 respondenten de voorgestelde versoepeling een verbetering tegen 7 die het geen verbetering achtten: de advocaten bleken in gelijke mate voorstander als tegenstander van de voorgestelde wijziging en de rechters scoorden met een duidelijke maar getalsmatig beperkte meerderheid (bijna tweemaal zoveel als de score van hen die de wijziging geen verbetering achtten) in het voordeel van de voorgestelde wijziging.

Rechters lijken tevreden over de voorwaardelijke machtiging als behandelingsinstrument (driemaal meer tevreden dan ontevreden) maar de advocaten blijken in gelijke mate tevreden en ontevreden.

Wel blijkt uit het doorvragen naar voor verbetering vatbare onderdelen van de

regeling dat rechters in meerderheid (10 – 0) voorstander zijn van het afschaffen van het vereiste van informed consent.

Een rechter schrijft:

“Patiënten waarmee geen voorwaardelijke machtiging kan worden afgesloten, maar een paraplumachtiging goed werkte, moeten nu eerst een crisis ondergaan voordat ze weer met een lbs of RM kunnen worden opgenomen.”

En een collega:

“De praktijk wijst uit dat diverse cliënten zich wel prima aan de afspraken etc. kunnen houden doch niet in staat zijn in te stemmen met de voorwaardelijke machtiging.”

Een tegenstander van het afschaffen van de instemmingseis merkt op:

“Lijkt me niet verstandig om toestemming ‘te veronderstellen’. Expliciete instemming/toestemming is nodig voor grotere kans van slagen.”

En een andere rechter:

“Ik vind dat er naast de voorwaardelijke machtiging een paraplumachtiging moet komen. Daarnaast vind ik dat er een voorwaardelijke machtiging op eigen verzoek mogelijk moet zijn.”

4.4 Conclusie

Uit het kwantitatieve onderzoek komt het beeld naar voren van rechters, advocaten en officieren van justitie die voldoende inzicht hebben in de recente ontwikkelingen rond de Wet Bopz. Op het punt van kennis over de Wgbo lijkt extra voorlichting of deskundighedsbevordering wel gewenst.

Kennis over de toepassing van de Wet Bopz buiten het psychiatrisch ziekenhuis lijkt bij de rechtspraakrespondenten ruimschoots aanwezig.

Rechters blijken minder dan de andere respondenten geneigd om verslaving als psychiatrische stoornis te duiden. Meer dan behandelaars en advocaten menen zij dat de Wet Bopz behandelmogelijkheden biedt voor ambulante cliënten.

De rechters scoren bovengemiddeld waar het gaat om de vraag of zorgmijders respectievelijk verslaafden respectievelijk jongeren tot 19 jaar eerder opgenomen zouden moeten worden. Iets meer dan eenderde van de rechters meent dat zorgmijders eerder opgenomen zouden moeten worden, en bijna een kwart van de rechters is deze mening toegedaan ten aanzien van verslaafden.

Het oordeel van de rechtspraakrespondenten over de kwaliteit van het behandelingsplan is gematigd positief. Blijkbaar is op dit punt nog wel vooruitgang te boeken.

Rechters noemen na het ontbreken van instemming van de cliënt, de afwezigheid van een behoorlijk behandelingsplan als tweede reden voor het afwijzen van een verzoek om een voorwaardelijke machtiging.

Toch staan de rechtspraakrespondenten neutraal ten opzichte van de idee om in de wet nadere eisen te formuleren ten aanzien van vorm en inhoud van het behandelingsplan.

De helft van de rechters ervaart een knelpunt met hun bevoegdheid op grond van art. 8a. De conclusie is gewettigd deze regeling opnieuw te bezien en met name na te gaan of argumenten als duidelijkheid voor de cliënt, het niet onnodig belasten van de rechterlijke macht, en doelmatigheid in de toepassing van het recht, niet meer gewicht zouden moeten krijgen. Het toekennen van meer beslissruimte aan de rechter zou zeker geen nadelig effect hebben op de zo noodzakelijke compliance met de wettelijke regeling. Het lijkt weinig aannemelijk dat het begrip bij niet-juristen en de rechtsbescherming van de cliënt ernstig worden aangetast, indien de rechter ter zitting een andere machtiging dan verzocht uitspreekt als hij de gronden daarvoor aanwezig acht en alle aanwezigen ter zitting hiermee akkoord gaan. Het aantal rechters dat de voorwaardelijke machtiging geen verbetering acht ten opzichte van de paraplumachtiging en dat de paraplumachtiging mist, is bijna twee maal zoveel als het aantal rechters dat de paraplumachtiging niet mist en de voorwaardelijke machtiging wel een verbetering acht. Bij dit laatste past de kanttekening dat de opvatting dat de voorwaardelijke machtiging een verbetering is, niet uitsluit dat de rechter ter zitting meer ruimte zou willen hebben om een machtiging op maat te verlenen wanneer ter zitting iedereen het daarmee eens is.

Opvallend zijn de scores bij de advocaten. Zij onderscheiden zich in dit onderzoek doordat ze geen voorstander blijken van het eerder opnemen van zorgmijders of verslaafden; ook acht een tweederde meerderheid de voorwaardelijke machtiging een verbetering ten opzichte van de paraplumachtiging en is het aantal advocaten dat de paraplumachtiging niet mist, tweemaal zo hoog als het aantal collega's dat de paraplumachtiging wel mist.

Van de mogelijkheid dat de rechter op een later moment de voorwaarden wijzigt of een andere behandelaar aanwijst, wordt nauwelijks gebruik gemaakt. Wellicht maakt men in de praktijk geen onderscheid tussen de voorwaarden binnen het behandelingsplan en die daarbuiten. Dit roept de vraag op naar het nut van dit onderscheid. Het niet aanwijzen van een andere behandelaar zou deels verklaard kunnen worden door het feit dat de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, waar de cliënt het meest contact mee heeft, niet zijn officiële behandelaar is; dit is de psychiater die hij minder frequent ontmoet en minder snel een verschil van mening of een conflict mee heeft.

Rechterlijke tussenkomst als omschreven in art. 14b lid 3 e.v., lijkt niet voor te komen bij het op een later moment wijzigen van voorwaarden of het aanwijzen van een andere behandelaar; de rechter lijkt wel te worden ingeschakeld bij het achteraf toetsen van een beslissing van de geneesheer-directeur tot opname (art. 14e).

In de opvatting van de respondenten heeft de invoering van de voorwaardelijke machtiging niet geleid tot een afname van andere machtigingen of van het aantal malen dat voorwaardelijk verlof is verleend.

Het bleek dat het bepalen van de wilsbekwaamheid van de cliënt met enige regelmaat plaatsvindt, maar opvallend is dat de situatie waarbij een verzoek om een voorwaardelijke machtiging wordt behandeld, niet hoger scoort dan andere situaties. Opvallend is ook dat een klein aantal respondenten aangeeft dat bij een voorwaardelijke machtiging het bepalen van de wilsbekwaamheid in het geheel niet plaatsvindt, terwijl in de wettelijke regeling tot nu toe het instemmingsvereiste een cruciale rol speelt.

Bij de vraag naar vrijheidsbeperkingen in het behandelingsplan, wordt de verplichting om te wonen in een beschermde woonvorm relatief vaak gescoord. Op cliënten die geen machtiging hebben en buiten het psychiatrisch ziekenhuis verblijven, wordt wel drang maar in veel minder mate dwang of een vrijheidsbeperking toegepast; het gaat bij vrijheidsbeperkingen veelal om de verplichting tot het innemen van medicatie of om een vorm van beperking van de bewegingsvrijheid. Meer dan de andere respondenten menen rechters en advocaten dat vrijheidsbeperkingen bij deze groep cliënten een juridische rechtvaardiging behoeft, die men in eerste instantie verwacht door uitbreiding van de Wet Bopz. Gevraagd naar de opvatting over de voorgestelde versoepeling van de procedure bij opneming van cliënten met een voorwaardelijke machtiging, achten de meeste respondenten die de vraag beantwoordden, dat sprake was van een verbetering ten opzichte van de huidige situatie. De rechters waren in meerderheid dezelfde mening toegedaan. De advocaten die de vraag hadden beantwoord, toonden zich in gelijke mate voorstander als tegenstander van de voorgestelde wijziging. De rechters zijn over het algemeen tevreden over de voorwaardelijke machtiging als behandelinstrument, maar bepleiten tegelijkertijd het afschaffen van het informed consent-vereiste.

5. KWALITATIEF ONDERZOEK

5.1 Inleiding

Zoals in hoofdstuk 2 reeds werd beschreven, zijn ten behoeve van het kwalitatieve onderzoeksdeel interviews afgenomen met geneesheer-directeuren, psychiaters, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en patiënten uit 8 instellingen verspreid over het hele land. In het merendeel van de gevallen betreft het grotere instellingen met meerdere zorgvoorzieningen. Het gaat dan niet alleen om intramurale voorzieningen, maar ook om ambulante zorgsettings, zoals crisisopvang, bemoeizorg en 'reguliere' ambulante zorg. Slechts enkele zorginstellingen hebben uitsluitend ambulante zorgvoorzieningen. In deze gevallen wordt nauw samengewerkt met een naburig psychiatrisch ziekenhuis.

De instellingen zijn geselecteerd op basis van hun ligging (geografisch en gelegen in een grote stad, middelgrote stad, kleine stad/dorp). Een tweede belangrijk selectie-criterium was de vraag aan welke patiëntengroepen zorg werd verleend. De respondenten en zorginstellingen zijn geselecteerd uit vier circuits: de volwassenen-psychiatrie, de kinder- en jeugdpsychiatrie, de forensische psychiatrie en de verslavingszorg. Tot slot was uiteraard ook de aard van de zorgvoorziening van belang: ging het om een zorgconcern met zowel ambulante, semi-murale en intramurale voorzieningen, of ging het slechts om ambulante of semi-murale voorzieningen. In totaal zijn 20 personen uit het veld geïnterviewd. In de verslavingszorg gaat het in het algemeen om mensen met dubbele diagnoseproblematiek. Deze patiënten hebben naast een psychiatrische stoornis ook een verslavingsprobleem. Deze zorgvoorziening is ontwikkeld, omdat patiënten met dubbele problemen tussen de wal en het schip vielen: ze werden vaak van psychiatrische voorzieningen naar voorzieningen voor verslavingszorg gestuurd en weer terug. In de psychiatrie heeft men onvoldoende kennis van verslavingszorg en omgekeerd. Onder de bezochte instellingen bevonden zich twee zorgvoorzieningen die zich bezighielden met dubbele diagnosezorg en twee met verslavingszorg.

Voorts is gesproken met twee rechters, twee officieren van justitie, twee advocaten, twee vertegenwoordigers van de Stichting PVP en één ambtenaar van het Ministerie van VWS die betrokken was bij de totstandkoming van de regeling van de voorwaardelijke machtiging.

De interviews vormen de basis voor dit hoofdstuk. Alle uitspraken zijn anoniem verwerkt. Achtereenvolgens worden alle issues besproken die relevant zijn om een oordeel te kunnen vellen over het functioneren van de voorwaardelijke machtiging in de praktijk.

5.2 Frequentie gebruik

De ervaring van de respondenten met voorwaardelijke machtigingen is zeer wisselend. De meesten passen het instrument nog niet heel vaak toe. Een psychiater in een ambulante instelling voor verslavingszorg heeft het zelfs nog nooit gedaan,

maar heeft zich wel voorgenomen dit binnenkort te gaan doen. Een probleem vormt nog de samenwerkingsafspraken met naburige psychiatrische ziekenhuizen. Een knelpunt is de mogelijkheid een patiënt direct op te nemen als een opname noodzakelijk blijkt.

Een andere instelling voor verslavingszorg heeft de voorwaardelijke machtiging onlangs één keer toegepast, maar heeft zich voorgenomen dit in de toekomst vaker te gaan doen. De meeste instellingen hebben de voorwaardelijke machtiging tot nog toe 10 tot 25 keer toegepast. Zij zijn er meestal begin 2005 mee gestart.

“Wij zijn niet zo’n grote instelling, maar we hebben nu alles bij elkaar sinds begin 2005 zo’n tien voorwaardelijke machtigingen gedaan. Voor de regio is dat wel veel. In het begin kwam het heel langzaam op gang en nu begint het een beetje meer te groeien. Er wordt vaker voor gekozen dat dokters meer een traject aan het maken zijn van loslaten en meer autonomie geven.” (geneesheer-directeur volwassenen-psychiatrie)

De ervaring van de respondenten is niet dat het aantal andere rechterlijke machtigingen minder is geworden door de komst van de voorwaardelijke machtiging. Dit gevoel wordt ondersteund door cijfers van de inspectie.¹⁰⁴ In 2004 bedroeg het aantal voorwaardelijke machtigingen 879 op een totaal van 7754 rechterlijke machtigingen in de psychiatrie (11,3%), terwijl in 2005 1267 voorwaardelijke machtigingen werden verleend op een totaal van 8167 (15,5%). In 2004 was volgens onderzoek van de inspectie 3% van het totaal aantal rechterlijke machtigingen nog een paraplumachtiging. Bij een paraplumachtiging werd een rechterlijke machtiging verleend, maar werd de patiënt niet of gedurende slechts zeer korte tijd opgenomen. De patiënt verbleef feitelijk onder voorwaarden buiten de instelling. De paraplumachtiging kan worden beschouwd als de buitenwettelijke, maar wel in de jurisprudentie erkende voorloper van de voorwaardelijke machtiging. Aan deze mogelijkheid is door de Hoge Raad op 11 november 2005 een einde gemaakt, waardoor pas over 2006 een volledig inzicht kan worden gegeven over de mate waarin van de voorwaardelijke machtiging gebruik gemaakt wordt. Verschillende respondenten denken dat het totaal aantal machtigingen door de introductie van de voorwaardelijke machtiging is toegenomen, als gevolg van het feit dat de behoefte van psychiaters om een vinger aan de pols te houden groter wordt nu de mogelijkheid hiertoe in de wet wordt gecreëerd. Een geneesheer-directeur stelt:

“Ik vraag me sterk af of er een klinische reden is om van die nieuwe machtiging gebruik te maken. Soms denk ik wel eens dat het gewoon dat ouderwetse paternalisme is dat nog hier en daar de kop opsteekt, dat je de mensen nog aan een

lijntje wilt houden. Wat dan weliswaar nauwelijks te zien is, maar het is wel aan een lijntje houden. Dat vind ik in principe wel slecht. Ik vind dat je als behandelaar bij deze categorie patiënten altijd de last moet dragen van de beslissing of je intervineert in het leven van de ander of niet. Niet dat dat altijd zo in de werkelijkheid ligt, maar je moet steeds in je hoofd, in je afweging van het dilemma dat dichotome model hanteren, want anders ga je jezelf corrumperen aan andere motieven.” (geneesheer-directeur volwassenenpsychiatrie)-

Tijdens de invitational conference blijkt dat de beleving over het gebruik van de voorwaardelijke machtiging verschillend is. Sommige respondenten hebben het idee dat er een stijgende lijn zit in het gebruik van de voorwaardelijke machtiging. Anderen hebben het gevoel dat het nog niet veel wordt toegepast, onder meer vanwege de complexiteit ervan.

5.3 Doelgroep

Als eerste kan de vraag worden gesteld voor welke type patiënt de voorwaardelijke machtiging een geschikt instrument vormt. Tijdens het onderzoek zijn algemene uitspraken gedaan over de kenmerken die een patiënt moet bezitten, wil de voorwaardelijke machtiging een passend instrument vormen, daarnaast werden er ook uitspraken gedaan over specifieke patiëntencategorieën. Hieronder wordt op beide aspecten achtereenvolgens ingegaan.

Het profiel van een patiënt die in aanmerking komt voor een voorwaardelijke machtiging, is een patiënt die al langer in het circuit bekend is.

“Ik ben manisch depressief. In totaal ben ik vier keer psychotisch geweest, tenminste voor zover ik weet. Bij de derde psychose heb ik voor het eerst een rechterlijke machtiging gekregen. Wat mijn ervaring is geweest, ja mijn ervaring is: mij maakt het in principe niet uit als je maar gepakt wordt als het nodig is en een voorwaardelijke machtiging is de meest eenvoudige en meest doeltreffende methode denk ik.” (psychiatrische patiënt)

De behandelaar weet wat hij van deze patiënt kan verwachten. Het gaat om patiënten die goed ambulante behandeld kunnen worden, maar die van tijd tot tijd voor een kortere of langere periode in de instelling moeten ‘bijkomen’.

“Je moet als behandelaar de patiënt wel echt kennen. Als je voorwaarden naar elkaar stelt zit daar iets in van een relatie. Dus dan moet je ook zicht hebben op de kwaliteit van die relatie. In een enkel geval kan die kennis opgedaan zijn vanuit een ambulante situatie. Voor de kliniek kunnen het dan nieuwe cliënten zijn, maar ambulant zijn die mensen al langer in behandeling. Ambulant wordt dan al overwogen: we komen er in een ander kader niet uit.” (psychiater kinder- en jeugdpsychiatrie)

Twee groepen kunnen onderscheiden worden: in de eerste plaats patiënten die de voorwaardelijke machtiging in een continu proces als stok achter de deur nodig hebben, en in de tweede plaats patiënten die de voorwaardelijke machtiging nodig hebben na een verblijf in de instelling in een proces waarin als doel is gesteld om weer volledig zelfstandig te kunnen functioneren. De groepen zijn niet scherp begrensd en lopen in elkaar over.

Vrijwel alle respondenten melden dat de voorwaardelijke machtiging niet geschikt is voor nieuwe patiënten.

“Ik zou een voorwaardelijke machtiging niet overwegen voor een patiënt die nieuw is en waar net contact mee is gelegd. Het is heel belangrijk dat ik hem ken. Ik hang zelf heel erg aan mijn vrijheid, ik weet wat vrijheidsbeperking is. Een machtiging vind ik een zwaar middel en het bouwt helemaal geen vertrouwen op. Dit geldt zeker bij cliënten die toch al moeilijk in de zorg komen of wat paranoïde zijn of achterdochtig. Dan is het een heel moeilijk middel om mee binnen te komen.” (spv-er dubbele diagnosekliniek).

De voorwaardelijke machtiging fungeert voor de doelgroep als stok achter deur, zodat de patiënt zich houdt aan de behandelafspraken die zijn gemaakt. Hoewel het feit dat een patiënt zich niet houdt aan de afspraken in het algemeen geen reden is om hem op te nemen (zie paragraaf 5.4.4), wordt door de meeste respondenten wel gevonden dat de mogelijkheid om met iemand afspraken te kunnen maken bepalend is voor het succesvol in kunnen zetten van een voorwaardelijke machtiging.

“Als je kijkt naar de rechterlijke machtiging dan zie je dat die groep mensen overwegend ernstige problemen hebben, waarbij je in meer dan 50% van de tijd ook ernstige problemen verwacht, die klinische opnames, crises, al dat soort zaken tot gevolg hebben. Voor de voorwaardelijke machtiging gaat het meer om die groep van mensen waarbij je 80% -90% ambulante kunt werken, waarbij je behoorlijk fatsoenlijke afspraken kunt maken met de mensen en in een uitzonderlijk geval tot opname moet overgaan. Als je die twee groepen naast elkaar legt dan gaat het over twee verschillende groepen.” (psychiater dubbele diagnosezorg)

Dat betekent overigens niet dat patiënten zich voorafgaand aan de voorwaardelijke machtiging ook al aan behandelafspraken houden.

“Vaak speelt er toch een sociaal-maatschappelijk probleem: alleenstaand, financiële problemen. Zo wonen, zo leven, dan zijn ze vaak ook minder therapietrouw. Slechte therapietrouw is iets wat je veel bij deze patiënten ziet, waar wij dan een voorwaardelijke machtiging voor aan willen vragen.” (psychiater volwassenenpsychiatrie)

Ook relevant is het gegeven dat het toezicht goed georganiseerd kan worden, al dan niet in samenwerking met de familie. Als het toezicht op adequate wijze is ingevuld, kan tijdig worden ingegrepen als het misgaat.

“Gebeurt er iets en heeft zo iemand een omgeving, een context. Ouders die aan de bel trekken; dan heb je natuurlijk meer vertrouwen dan wanneer iemand volledig kwijtraakt, gewoon de holt op gaat. Er zijn van die jongeren die duiken gewoon onder als het niet goed gaat. Dan ben je ze kwijt. Als het niet in te schatten is hoe iemand reageert, dan zou ik daar dus nooit zo’n voorwaardelijke machtiging mee aangaan.” (psychiater kinder- en jeugdpsychiatrie)

Over de vraag of de patiënt ziekte-inzicht behoort te hebben, zijn de meningen enigszins verdeeld. De meeste ondervraagde juristen (rechters en advocaten) vinden ziekte-inzicht wél relevant voor het welslagen van een voorwaardelijke machtiging, terwijl dit voor de meeste psychiaters niet het geval is. Een psychiater zegt hierover.

“Het begrip ziekte-inzicht; we gebruiken het vaak om te zeggen dat het er niet is. Maar in wat voor mate is het er niet? Ziekte-inzicht is echt een relatief begrip en soms heb je zo iets van: nou, die snapt er echt helemaal niets van en dan kun je dat ook noemen. Een beperkt ziekte-inzicht, voor de ene situatie wel en voor de andere situatie niet: het is niet een digitale aan-uit situatie. Maar je kunt niet zeggen: als een patiënt het niet heeft, kun je het niet doen. Soms kan het dan toch juist heel passend zijn.”

De ondervraagde patiënten- en familieorganisaties zien ziekte-inzicht ook niet als noodzakelijke voorwaarde voor het kunnen opleggen van een voorwaardelijke machtiging.

“Als de voorwaardelijke machtiging alleen maar mag worden opgelegd aan patiënten met ziekte-inzicht is de regeling te beperkt. Veel patiënten verblijven thuis zonder ziekte-inzicht. De voorwaardelijke machtiging zou ook voor die groep van betekenis kunnen zijn. Het opleggen van voorwaarden kan een prikkel vormen voor de patiënt om die na te leven en hij kan zich op die manier thuis blijven handhaven.” (vertegenwoordiger patiëntenorganisatie)

Voor de voorwaardelijke machtiging lijkt dus een andere doelgroep te bestaan dan voor de reguliere machtigingen. Het gaat om patiënten die in het algemeen langer in het circuit bekend zijn en waarvan goed in te schatten is of zij zich aan de opgelegde voorwaarden gaan houden. Voor ‘nieuwe’ patiënten is het in het algemeen een minder goed instrument.

Zoals gezegd werden in de interviews tevens uitspraken gedaan over de vraag voor welke patiëntencategorieën de voorwaardelijke machtiging (niet) geschikt is.

De respondenten uit de kinder- en jeugdpsychiatrie vinden dit instrument uitermate geschikt voor hun eigen doelgroep. Volgens de respondenten heeft dit te maken met de grote rol die ouders spelen bij de zorg van hun kinderen. Bij een rechterlijke machtiging hebben zij er moeite mee dat zij degenen zijn die aangeven dat het nodig is dat hun kind wordt opgenomen, ook al zien ze er de noodzaak van in. De voorwaardelijke machtiging is dan een adequate tussenstap. Er wordt dan in overleg met de ouders een vangnet georganiseerd.

“Die ouders zijn wanhopig en dan zeggen we nou moet je luisteren, eigenlijk zou Jantje of Pietje opgenomen moeten worden, maar Jantje of Pietje wil niet. We gaan dan met de behandelaar afspraken maken. Die afspraken betreffen lang niet altijd medicatie, zoals in de volwassenenpsychiatrie. Vaak zijn het contacten, zowel met het kind als met de ouders en dan eventueel aanvullende dingen. Soms is dat medicatie, maar het kan ook gaan om een eetstoornis. Ook daar hebben we al een paar keer een voorwaardelijke machtiging voor uitgeschreven. Deze patiënten moeten dan naar de kinderarts en naar de diëtiste. Ze moeten dan een bepaalde hoeveelheid aankomen binnen enkele maanden. De kinderen weten dan donders goed dat ze opgenomen zouden moeten worden en denken dan daar kan ik onderuit als ik hierin meega. De ouders denken oké we geven ze nog een mogelijkheid, maar dan weten we in ieder geval zeker dat als het niet gaat ze opgenomen worden (...) en als het dan misgaat dan is er al een uitgebreid behandelplan gemaakt, ook in overleg met ons. En dat behandelplan kunnen we dan meteen overnemen als we gaan behandelen.” (psychiater kinder- en jeugdpsychiatrie)

In de volwassenenpsychiatrie worden met name patiënten met psychotische stoornissen genoemd, patiënten met bipolaire stoornissen, patiënten met schizofrenie. Niet uitgesloten wordt dat de voorwaardelijke machtiging ook wel voor andere patiëntengroepen geschikt is, zolang ze maar aan bovengenoemd profiel voldoen.

Over de vraag of de voorwaardelijke machtiging geschikt is voor mensen met (tevens) verslavingsproblematiek, zijn de meningen verdeeld. Een psychiater zegt:

“Voor ons is het een prettig instrument voor mensen die een dubbele diagnose hebben, dus een psychiatrische stoornis en verslavingsproblematiek. Typisch voor mensen met dubbele diagnoseproblematiek is dat mensen die heel ernstig gebruiken ook heel ernstig ontsporen. Heb je het gedrag onder controle, dan zijn het eigenlijk heel redelijke mensen. Dan kan je daar toch goed mee verder. Dan is de dwangbuis van die opneming eigenlijk niet nodig. Dan hoeft je die mensen niet langdurig klinisch te behandelen. Dan hoeft je die niet aan allerlei regels te houden. Dan is het enkel dat die machtiging in werking wordt gesteld op het moment dat bepaalde afspraken niet meer nagekomen worden en dat het onveilig wordt of iets dergelijks. Een tweede voordeel van een voorwaardelijke machtiging is dat je het altijd in samenwerking doet met de patiënt.” (psychiater dubbele diagnosezorg)

Ook een verslavingsarts is van mening dat een voorwaardelijke machtiging een positieve rol kan spelen bij patiënten met een verslaving.

“Er is natuurlijk heel langzaam een tendens vanuit de hulpverlening om verslaafden ook psychiatrie te noemen, binnen de DSM IV-diagnostiecode. Verslaving is een chronische stoornis die de wilsbekwaamheid van de gebruiker absoluut verstoort. Niet iedereen binnen justitie is daarvan doordrongen. Het probleem is: je weet dat je psychiatrische patiënt die absoluut psychotisch is, die kan je met medicijnen mogelijkwijs uit zijn psychose halen, maar een verslaafde krijg je met zo’n opname niet uit zijn verslaving. Je kunt hem wel ontgiften, maar dat is niet zijn verslaving wegnemen. Want hij is vrij en je krijgt direct de drang om weer terug te vallen, die kun je niet stabiliseren. Dat maakt een dwangopname bij een verslaafde tot een ander verhaal dan een dwangopname bij een psychiatrische patiënt. Een voorwaardelijke machtiging is dan een goede tussenvoorziening.” (verslavingsarts)

Een psychiater is van mening dat de voorwaardelijke machtiging werkt voor een specifieke groep patiënten met verslaving.

“Ik denk dat het voor gestabiliseerde patiënten die overwegend ambulant zijn en waar je eigenlijk minimale crises bij verwacht een geschikt instrument is; waarvan je zegt: ik vermoed dat de patiënt één keer per jaar opgenomen zal moeten worden en verder voor 90% van de tijd ambulant is. Ik vermoed dat als die patiënt opgenomen moet worden, hij zijn medewerking hieraan geeft. Een voorwaardelijke machtiging is niet zinvol als een patiënt vier keer per jaar moet worden opgenomen. En 20% van de tijd ambulant is. Daarvoor is het dan toch een veel te omslachtige procedure. Dat gaat op den duur contraproductief werken.” (psychiater)

Een SPV-er zegt daarentegen:

“Een manisch-depressieve cliënt gebruikt soms 5 gram cocaïne op een dag. Sociaal-maatschappelijk gezien is hij eigenlijk totaal teloorgegaan. Hij heeft geen onderdak, geen huisvesting, etc. We hebben hem wel in een behandeltraject, als het ware een soort van harmreductiemodel. Dit houdt in zoveel als mogelijk schade proberen te beperken rondom en de basisbehoeften aanbieden: eten, kleding wassen, medicatie, somatisch laten onderzoeken. We hebben het nu geprobeerd met hem met een machtiging onder voorwaarden. En ik heb hem al een aantal maal opgenomen in de kliniek en wat je dan ziet is dat na één avond al de cocaïne wordt aangeleverd door de ramen. Dus hij ontwricht behoorlijk het therapeutische milieu. Hij wil wel af van het drugsgebruik, maar niet van de voordelen daarvan. Daardoor overschrijdt hij de voorwaarden weer en natuurlijk ook de mogelijkheden en de voorwaarden die de kliniek stelt, waardoor hij dus met ontslag gestuurd wordt. En een dag later staat hij op de stoep: ja luister ik heb een machtiging, ik wil opgenomen worden. Ik wil behandeld worden, want kijk, dit zijn we overeengekomen. Vervolgens is er natuurlijk

niet direct een plaats beschikbaar. Dus de voorwaardelijke machtiging werkt dan eigenlijk contraproductief, omdat ik hem a) niet geplaast krijg en b) hij zich niet aan de voorwaarden houdt. Alleen op het moment dat het volgens hem nodig is, als het slecht weer gaat worden dan gaat hij zwaaien met zijn machtiging. En dat zie ik als een nadeel van die voorwaardelijke machtiging.” (spv-er dubbele diagnosekliniek)

Voor de forensische psychiatrie is de voorwaardelijke machtiging vanwege de aard van de patiëntenpopulatie niet geschikt.

“Het gaat hier om patiënten waarbij het heel lastig is om goede afspraken te maken. Het gaat veelal om mensen met een ernstige AS I-stoornis. Het zijn vaak ook mensen die al eerder in de reguliere psychiatrie in behandeling zijn geweest. Vaak hebben ze co-morbide stoornissen, zoals persoonlijkheidsstoornissen of verslavingsproblematiek. Daarnaast hebben ze vaak een gebrekkig of ontbrekend ziektebesef of ziekte-inzicht. Ze vinden dus eigenlijk dat ze niet ziek zijn. En vandaar houden ze zich dan niet aan de behandelafspraken. Het zijn gewoon geen mensen met wie je goede afspraken kunt maken. Die kans is heel klein. Het zal hooguit een half procent zijn van de mensen die in de forensische psychiatrie komen met dit soort stoornissen die dat uiteindelijk kunnen. Maar dat is per definitie na een opname.” (forensisch psychiater)

Mensen komen in een forensisch psychiatrische kliniek of afdeling terecht via de gevangenis of op grond van artikel 37 Wetboek van Strafrecht. Soms gebeurt dit ook via een terbeschikkingstelling (TBS). Psychiaters met ervaring in de forensische psychiatrie stellen dat patiënten waarmee op een gegeven moment zodanige afspraken zijn te maken dat ze in aanmerking komen voor een voorwaardelijke machtiging, ook niet meer thuishoren in de forensische, maar in de reguliere psychiatrie.

Eveneens minder geschikt wordt de voorwaardelijke machtiging geacht voor suïcidale patiënten. Over de laatste groep zegt een geneesheer-directeur:

“Dat kwam in de kliniek wel voor bij mensen met een heel ernstige depressie die moeilijk overgaat en dan moet je ze vanwege de suïcidaliteit onder dwang behandelen of separeren. Kijk, daarin geloof ik absoluut niet, in dwang en drang. Dat is gewoon niet een middel om mensen in deze wereld te houden. Dat werkt niet.” (geneesheer-directeur volwassenenpsychiatrie)

Voor jeugdige psychiatrische patiënten met suïcidale uitingen kan de voorwaardelijke machtiging overigens wél een geschikt instrument zijn.

“Ik heb wel eens eerder een voorwaardelijke machtiging bij kinderen met somatische problemen gegeven om ervoor te zorgen dat ze de juiste psychiatrische zorg kregen. Een ernstige somatische aandoening geeft verwerkingsproblematiek, met in de

puberteit allerlei consequenties. De kinderen kunnen suïcidale uitingen hebben of de kont tegen de krib gooien en de meest rare dingen gaan doen. Voordat ouders en kind zover zijn dat ze zien dat het een rouwverwerkingsproblematiek is van het hebben van een somatische aandoening... Bij cystic fibrosis kan dit bijvoorbeeld spelen. Als het een beetje slimme mensen zijn, weten ze dat ze toch niet oud zullen worden. Daar kan een heel depressieve reactie op volgen. Bij zo'n kind heb ik wel eens een voorwaardelijke machtiging gemaakt. Het kind is even kort opgenomen geweest, die heeft dat ook gezien, zal ik maar zeggen. Daarna zijn ze veel meer bereid om ambulante verder te gaan." (psychiater kinder- en jeugdpsychiatrie)

Tot slot is aan respondenten gevraagd in hoeverre een voorwaardelijke machtiging in meerdere of mindere mate geschikt is voor patiënten met een allochtone achtergrond. Op zichzelf voldoet het als instrument net zo goed voor deze groep patiënten. In de uitvoering doen zich echter wel verschillen voor. Dat heeft meer te maken met het feit dat de oorzaken van de psychiatrische stoornis soms anders worden uitgelegd. Familie kan daar ook een rol in spelen:

"De familie heeft soms meer macht. Zo ging de moeder van een Marokkaanse patiënt met een voorwaardelijke machtiging zeer laks om met diens medicatie. Ze vond het allemaal niet nodig. Haar cultuur heeft daar wel mee te maken. Eigenlijk ziet ze wel dat hij ziek is, maar ze denkt ook van: hij heeft gewoon een vrouw nodig die hem verzorgt. Die zijn huishouden doet, die voor hem kookt. Dat is wat hij mist, wat hij nodig heeft en dan zal hij vanzelf wel weer opknappen. In Marokko hebben ze dus ook zo'n alternatieve genezer bezocht." (spv-er volwassenenpsychiatrie)

Een psychiater vertelt:

"Wat ik wel soms merk is dat mensen uit sommige landen wat minder scrupuleus zijn over de psychiatrie. Pas hadden we iemand uit de Oekraïne die echt buitengewoon psychotisch was. En toen legden we de familie uit dat we hem niet zomaar een spuit konden geven. Dat hij daarvoor eerst opgenomen moest worden. En toen zeiden die familieleden, maar dat doen ze bij ons wel. Dan komt er een busje en daar komen twee mannen uit en die houden hem ieder aan een kant vast en die stoppen er dan een spuit in en dan rijdt dat busje weer door. Zo van: daar doen we niet zo moeilijk over. En dat snap ik wel, maar dat ligt hier toch wel iets anders. Ik vind het wel goed dat het hier niet te gemakkelijk kan." (psychiater volwassenenpsychiatrie).

Ook melden respondenten nogal eens taalproblemen te ondervinden bij het maken van afspraken, met name als iemand de Nederlandse taal in het geheel niet machtig is. Het komt wel voor dat er ook geen tolk beschikbaar is. Een voorwaardelijke machtiging is in zo'n situatie niet aan de orde.

Samengevat wordt de voorwaardelijke machtiging vooral gebruikt voor chronische patiënten die de voorwaardelijke machtiging nodig hebben als stok achter de deur, en in mindere mate voor patiënten voor wie de voorwaardelijke machtiging na een verblijf in de instelling een laatste stap vormt naar volledige zelfstandigheid. In het bijzonder kunnen worden genoemd patiënten met psychotische stoornissen, schizofrenie en bipolaire stoornissen. Ziekte-inzicht is geen vereiste, wel het vertrouwen dat de patiënt zich aan de opgelegde voorwaarden zal houden. Op dit laatste is het netwerk om de patiënt heen van invloed, alsmede de wijze waarop het toezicht door de instelling wordt vormgegeven.

5.4 Procedure

5.4.1 Initiatief

Aanvankelijk werd het initiatief voor een voorwaardelijke machtiging vooral genomen door rechters. Ook advocaten wezen ter zitting nogal eens op de mogelijkheid van het toekennen van een voorwaardelijke machtiging. In beide gevallen behoort de rechter dan gebruik te maken van artikel 8a Wet Bopz. Officieren van justitie nemen zelden het initiatief voor een voorwaardelijke machtiging. Volgens verschillende rechters, maar ook officieren van justitie zelf, fungeert de officier van justitie uitsluitend als doorgeefluik voor het indienen van een verzoekschrift. Een officier van justitie formuleert dit als volgt:

“Soms komt de vraag voor een voorwaardelijke machtiging ook wel eens van de rechter. Dan komt het terug en dan is het een zaak voor de officier. Dan moet je je er over buigen of een ander verzoek meer geschikt is. Nou wij buigen niet zo erg hard. Ik heb daar als jurist vreselijk weinig over te zeggen. Dat is één telefoontje van ons want wij zijn niet op de zitting, dat is echt nergens meer. Ik geloof dat we wekelijks vijf Bopz-zittingsdagen hebben. Ze hebben de voorwaardelijke machtiging hier al naar de rechtbank getrokken, omdat ze daarvoor er niet meer op uitgaan. Het is gewoon niet bij te benen. Over het algemeen is de psychiater op de zitting aanwezig. Wel bellen wij er nog een keer achteraan, zo van: denken jullie eraan; de rechter heeft twee maanden gegeven en wij moeten binnen die tijd antwoord hebben. En als jullie willen dat er iets anders verzocht moet worden, dan moeten jullie dat ook even op papier zetten. En dat is eigenlijk het enige dat wij doen.” (officier van justitie)

Rechters en officieren van justitie geven aan dat het de laatste tijd vooral de behandelaar is die ermee komt. Dat hoeft lang niet altijd de psychiater te betreffen. Dikwijls is het de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige die de dagelijkse contacten met de patiënt onderhoudt. Rechters zien die ook vaak op zitting in plaats van een psychiater. Veel zorgverleners zeggen overigens dat de besluitvorming rondom de aanvraag van een voorwaardelijke of andere machtiging in het algemeen een teambeslissing is, waarbij spv-ers én psychiaters betrokken zijn.

Zoals gezegd wordt een voorwaardelijke machtiging nauwelijks overwogen voor patiënten die nog niet eerder opgenomen zijn geweest. Dat geldt eigenlijk voor alle circuits, met uitzondering van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Bij deze laatste categorie kan een voorwaardelijke machtiging, vanwege de nauwe samenwerking met de familie die als vangnet fungeert, dikwijls ook in een eerder stadium zodat een onvrijwillige opname kan worden voorkomen.

Vooraleer een voorwaardelijke machtiging kan worden opgelegd, moet kunnen worden ingeschat of het opleggen van voorwaarden zin zal hebben en of de patiënt zich zal houden aan de voorwaarden die worden vastgesteld. Bij patiënten die onvoldoende bekend zijn bij de behandelaars kunnen dergelijke inschattingen niet gemaakt worden. Sommige psychiaters sluiten overigens niet uit dat die bekendheid ook in een ambulante setting kan ontstaan, maar met uitzondering van zorgverleners uit de kinder- en jeugdpsychiatrie, heeft geen van de geïnterviewden hier ervaring mee opgedaan.

“Ik kan me wel voorstellen dat mijn collega’s die op locatie hier in de buurt met ambulante patiënten werken, dat die op een gegeven moment een patiënt toch vrij ‘vers’ hebben en dat ze op een gegeven moment er wel de drang op leggen van: het gaat niet goed met je, je wilt niet opgenomen worden, dat is duidelijk, maar wij vinden dat je opgenomen moet kunnen worden als het misgaat. En daarom stellen we die voorwaardelijke machtiging voor en dit zijn dan je voorwaarden. Ik weet niet of dit ook daadwerkelijk gebeurt, maar als dit gebeurt, gebeurt het nog niet vaak.”
(psychiater volwassenenpsychiatrie)

In de verslavingszorg heeft een voorwaardelijke machtiging geen zin, als een patiënt met een verslaving niet eerst is ontgift. Doorgaans vindt daarom eerst ontgiftiging plaats. Voorts wordt bekeken in hoeverre het mogelijk is zonder drang afspraken te maken.

“De man die wij nu met een voorwaardelijke machtiging hebben, heeft de afgelopen maanden crisisopname na crisisopname gekend: in het ziekenhuis vanwege de epileptische aanvallen, in de verslavingskliniek om te ontgiften. Je probeert het met normale middelen eerst te bereiken. Dat is voor iedereen veel prettiger. Dan zet je ook niet je relatie op het spel, wat je wanneer je dwang toepast wél doet. Maar het komt ook voor dat iemand niet meewerkt. Dan ga je verder modderen als het ware. Bij deze man lijkt een voorwaardelijke machtiging te helpen. Maar het komt ook voor dat je afglijdt naar nog erger, misschien wel een justitiële kant op.”
(spv-er verslavingszorg)

5.4.2 **Behandelingsplan en op te leggen voorwaarden**

Als een voorwaardelijke machtiging wordt verzocht, dient bij het verzoek een behandelingsplan te worden overgelegd dat is opgesteld met instemming van de

patiënt. Het verzoekschrift wordt ingediend door de officier van justitie. Deze zou reeds een toetsing van de kwaliteit van het behandelingsplan en de bijbehorende voorwaarden kunnen uitvoeren. Dit gebeurt echter niet. Eén van de officieren van justitie geeft aan dat hij slechts controleert of alle benodigde stukken zijn bijgevoegd. Een inhoudelijke toets wordt in het algemeen niet uitgevoerd. Zo is ook de ervaring van alle ondervraagde behandelaars en rechters. De andere geïnterviewde officier geeft aan wel werk te maken van toetsing, omdat hij weet dat de rechtbank hieraan hecht.

“Bepaalde dingen moeten in het behandelplan en de voorwaarden staan. Als het behandelplan niet goed is dan stuur ik het verzoek voor de voorwaardelijke machtiging ook niet door. Staat het er niet in dan moeten ze specificeren. De rechtbank heeft geëist dat er voor de medicatie dosering en soort worden opgegeven. Die komen in het behandelplan te staan. In de beschikking wordt dan geschreven: conform het behandelplan. Als het te specifiek in de beschikking staat, heb je een probleem.”

Een nadrukkelijke toets van de vraag of de patiënt instemt het behandelingsplan vindt overigens altijd plaats. Een door de psychiater ondertekend behandelingsplan is echter soms voldoende om het verzoek in te dienen bij de rechter.

De meeste rechters kijken wel naar de inhoud van het behandelingsplan en de voorwaarden. Ook behandelaars herkennen dit. Velen geven aan dat zij aanvankelijk nogal eens teruggefloten werden door de rechter en verzocht werden om vage formuleringen in met name de voorwaarden aan te passen. De inbreng door de rechter wordt door de meeste respondenten overigens als prettig ervaren en er gaat een lerend effect uit van diens inbreng. Tegenwoordig komt het volgens de ondervraagde respondenten minder vaak voor, omdat men beter weet wat wordt verwacht. Enkele respondenten zeggen rechters te treffen die nauwelijks inhoudelijk toetsen.

“Ik was laatst op een Bopz-dag in X. Toen is het punt van voorwaarden bij de voorwaardelijke machtiging ook wel even aan de orde geweest. Maar als het gaat om die voorwaardelijke machtiging werd daar ook wel aangegeven dat rechters met name heel veel tegenkomen dat er bijvoorbeeld een frase staat als van: de patiënt houdt zich aan de afspraken met de hulpverlener. En een strenge rechter zal zeggen: ja, dat gaat terug, want ik weet niet wat dan de afspraken zijn. Maar dat schijnt toch ook wel eens te passeren (...). Ik heb de indruk dat de rechters hier in dit arrondissement heel coulant zijn, als ik dat vergelijk met andere regio's waar ik gewerkt heb. Ik heb nog geen rem op het hele gebeuren gezien.” (geneesheer-directeur volwassenenpsychiatrie)

Wijziging van behandelingsplannen of van voorwaarden wordt nooit aan rechters voorgelegd. Geen van de rechters, officieren van justitie, advocaten of zorgverleners heeft dit meegemaakt. Verschillende zorgverleners weten ook niet dat dit kan of nodig is. Door alle respondenten wordt het omslachtig gevonden als dit steeds zou moeten gebeuren.

Toch worden behandelingsplannen geregeld gewijzigd. Niet bekend is dat een wijziging van het behandelingsplan of van behandelaar eveneens aan de rechtbank moet worden gemeld. Geen van de betrokken zorgverleners heeft dit ooit gedaan. Hoewel de procedures met betrekking tot het wijzigen van het behandelingsplan dus niet in acht worden genomen, is van oneigenlijk gebruik van de wijzigingsprocedure geen sprake.¹⁰⁵ Wijzigingen gebeuren vooral als de medicatie moet worden aangepast. Dit gebeurt in goed overleg tussen arts en patiënt.

Wat is nu een goed behandelingsplan c.q. wat zijn goede voorwaarden? Daarover zijn de meningen verdeeld.

Een advocaat meldt over een behandelingsplan:

“Er zijn hele vage behandelplannen van één A4-tje. Ik heb in instelling X wel eens meegemaakt dat het behandelplan was opgesteld door de casemanager, een spv-er, en niet door de psychiater. De medicatie werd niet genoemd. Het was zó vaag. Dat kon je geen behandelplan meer noemen.” (advocaat)

Verreweg de meeste voorwaarden hebben betrekking op medicijngebruik en contact met de hulpverlener (psychiater en/of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige). Bij medicijnen gaat het dikwijls om toepassing van depotmedicatie.

“Sinds mijn laatste opname in december krijg ik depotmedicatie. Van mijn vorige medicatie raakte ik zo ontregeld. Ik vergat het ook wel eens in te nemen. Nu krijg ik gewoon eens in de zoveel tijd een spuit. Dit vind ik veel prettiger.” (patiënt volwassenenpsychiatrie)

De contacten met de hulpverlener zijn wisselend en hangen af van de mogelijkheden van de zorgvoorziening, de behoeften van de patiënt en de noodzaak om toezicht te houden. Meestal gaat het om één keer per week of per twee weken. Ook dagelijkse contacten komen voor, alsmede een frequentie van één keer per maand. De spv-er heeft in het algemeen de meest frequente contacten met de patiënt.

In de zorgvoorzieningen waar wordt gewerkt met patiënten die tevens een verslaving hebben komen daar dikwijls voorwaarden bij over drugs- en alcoholgebruik. Een psychiater vertelt waarom hij van mening is dat zijn patiënten zich meestal aan het opgelegde regime houden:

“Wij beginnen niet met voorwaardelijk ontslag en daarna eventueel een voorwaardelijke machtiging als iemand niet gestabiliseerd is. Pas als we echt denken en getest hebben dat iemand voldoende weerstand kan bieden, beginnen we hieraan. Verder is het niet zo dat we vanaf de eerste dag dat iemand gebruikt, of meer gebruikt dan afgesproken, hem gaan opnemen. Maar we gaan dan in gesprek met die patiënt en proberen dan een controle te verwerven, een begrenzing aan te geven. Zodat het voor de patiënt ook duidelijk wordt dat er een crisisopname aan zit te komen.” (psychiater dubbele diagnosezorg)

Toch zijn niet alle zorgverleners in de verslavingszorg overtuigd van het succesvol vastleggen van afspraken over drugsgebruik in voorwaarden. Een spv-er zegt:

“Nee, we leggen in het behandelplan geen afspraken vast over drugsgebruik. Het is gewoon onmogelijk om het basen, spuiten en slikken van pillen te beheersen. Wat er dan wel instaat is decompenseren als gevolg van excessief drugsgebruik. Dat is dan meer het symptoom dat aangeeft dat de patiënt zich niet aan de voorwaarde houdt en dan wordt opgenomen. Uiteindelijk is het ook meer de psychische gesteldheid waarom een cliënt wordt opgenomen. Dus niet zozeer het feit dat hij zich niet aan de voorwaarden houdt. Wat eigenlijk wel de insteek is van zo'n voorwaardelijke machtiging. Alleen kan je dat niet constant controleren.” (spv-er dubbele diagnosezorg)

Een psychiater zou dergelijke voorwaarden wel willen opnemen, en doet dit ook af en toe, maar twijfelt aan de handhaafbaarheid ervan:

“Ik heb net iemand onder voorwaarden ontslagen. Binnenkort moet hij een voorwaardelijke machtiging krijgen. Bij hem heb ik als voorwaarde opgenomen dat hij meewerkt aan een behandeling voor zijn alcoholverslaving bij kliniek X. Dat heeft hij ondertekend. Maar het is niet zo dat als hij niet meewerkt dat ik hem dan kan opnemen. Voor mij was het wel zo van belang omdat dit steeds het punt is waarop hij decompenseert. Ik weet dat als puntje bij paaltje komt hij toch nee zegt, of dat de kans groot is dat hij zich toch weer onttrekt aan die verslavingsbehandeling. Maar als hij zich niet aan de voorwaarden houdt, kan ik hem dan wel opnemen? Ik twijfel daaraan. Als iemand binnen het kader van het voorwaardelijk ontslag netjes zijn pillen neemt en geen gevaar vormt, maar alleen zegt tegen mij, ik wil niet meewerken aan die behandeling, is dat een reden om hem op te nemen? Die kliniek ziet hem al aankomen. Die zegt, ja die man is psychiatrisch stabiel. Als je consequent bent moet je hem ook opnemen, dus dat is denk ik de reden waarom ik die voorwaarde ook heb opgenomen. Toch blijf ik zitten met dat gevaar. Aan de andere kant zou je misschien moeten zeggen: als hij weer begint te drinken, dan gaat hij weer een gevaar vormen.” (psychiater volwassenenpsychiatrie)

Andere dan de genoemde voorwaarden komen weinig voor. In de jurisprudentie is een uitspraak geweest van een patiënt die als voorwaarde kreeg opgelegd om verplicht in een RIBW te verblijven. Geen van de ondervraagde respondenten heeft een soortgelijke voorwaarde meegemaakt.

Voorwaarden die wél af en toe worden gebruikt zijn:

- Voorwaarden die betrekking hebben op dagactiviteiten.
- Voorwaarden die patiënten opleggen om contacten met familie of bekenden te onderhouden. Dit wordt gedaan omdat het niet meer opzoeken van familie of bekenden een signaal kan zijn dat de toestand van de patiënt verslechtert.
- Afspraken over een behandeling die de patiënt moet ondergaan. Hiervoor werd reeds gesproken over een behandeling voor een verslaving. Psychiatrische patiënten krijgen verder soms als voorwaarde dat ze de thuiszorg moeten toelaten. Kinderen met eetstoornissen wordt wel opgelegd dat ze zich onder behandeling moeten stellen van een diëtist.
- Voorwaarden die patiënten verbieden zich op een bepaalde plaats te bevinden, of met bepaalde mensen contact te zoeken.
“We hebben bijvoorbeeld iemand die zijn moeder in het verpleeghuis heeft en die haar lastig valt. Die man heeft in zijn voorwaarden staan dat hij niet naar zijn moeder mag. Hij mag dus niet het verpleeghuis in.” (psychiater volwassenenpsychiatrie)
- Een eerste geneeskundige in de kinder- en jeugdpsychiatrie zegt dat in de eigen instelling ook afspraken in het behandelingsplan worden opgenomen voor wat er moet gebeuren als het misgaat. Ook de ouders kunnen daarin een rol hebben, maar niet in de zin van dat zij de klokkenluiders behoren te zijn als hun kind zich niet aan de voorwaarden houdt.

Over de wijze waarop de voorwaarden geformuleerd behoren te worden, zijn de meningen verdeeld. Sommige respondenten zijn van mening dat de voorwaarden minutieus moeten worden geformuleerd.

“Ik vind een goed geformuleerd behandelplan heel erg belangrijk, want als iemand zich ergens aan moet houden, dan moet hij wel weten wáár hij zich aan moet houden. Als een behandelplan heel bar geformeerd is, dan houd ik de zaak aan en laat ik ze terugkomen. Het is ook wel zo dat je ziet dat er een keurig behandelplan is, maar dat de voorwaarden er niet expliciet instaan. Ik zeg dan als de patiënt het er mee eens is en de advocaat ook, stuur dan die voorwaarden maar na. Ik wil ze wel in de beschikking vermeld zien.” (rechter)

“Wat echt niet kan is als je de medicatie omschrijft als: “wat de behandelaar heeft voorgeschreven.” Dan ben je te algemeen. Dan weet betrokkene niet waar hij aan toe is.” (rechter)

“Bij sommige patiënten is de dosering niet altijd gelijk, dan wil je ook de vrijheid hebben om dat te wijzigen. Maar er zijn natuurlijk een aantal mensen uit de langdurige zorg die op een gegeven moment, dan denk ik even aan de voorwaardelijke machtiging, waarvan bekend is dat ze het op die en die dosering gewoon al een hele tijd goed doen en dan zou je dat wel kunnen doen. Dus ik bedoel waar je helderheid kunt verschaffen, ja doe dat dan maar. Maar waar dat niet kan, moet je het niet doen. Dan moet je zover gaan in je formulering als je kan gaan. En dan zou je zelfs nog kunnen overwegen om variabele formuleringen te gebruiken zoals: over de dosering zal onderhandeld worden. Maar ik kan me wel voorstellen dat een rechter moeite zou hebben met zo’n formulering.” (geneesheer-directeur volwassenenpsychiatrie)

Sommige respondenten zijn van mening dat voorwaarden niet alleen helder geformuleerd dienen te worden, omdat de patiënt dan weet waar hij aan toe is. Zij vinden ook dat een voorwaarde de behandelaar verbindt tot een bepaalde prestatie. Een voorwaarde is voor geen van beide partijen vrijblijvend.

“De formulering van het contact vind ik wel wat ingewikkelder. Wat stelt dat dan voor en wat gebeurt er in dat contact? Wat mij betreft zou daar iets moeten staan over de doelstelling van dat contact. Dat ontbreekt nogal eens. Ik vind dat de zorgaanbieder zich ook tot iets verbindt: het gaat hier om een stukje arbeid van zowel klant als zorgaanbieder. Dit vind ik een punt dat echt behoorlijk verbeterd kan worden.” (geneesheer-directeur volwassenenpsychiatrie)

“Als ik naar mijn populatie kijk; als je met elkaar afspraken maakt dan is het wel handig om je daar ook als behandelaar goed aan te houden. Want als je dat niet doet, laat ik zeggen, dan is jouw betrouwbaarheid ook minder. Het is toch een populatie die een beetje zo door het leven gaat. En als je dan zegt: we spreken af dat als dit en dat niet gebeurt je wordt opgenomen, en er komt eerst iemand kijken of het daadwerkelijk nodig is, dan kan dat ook een averechts effect hebben. Het is dus van belang om heldere afspraken te maken, om heldere voorwaarden te stellen. En zodra iemand zich daar niet aan houdt, dan is het gewoon duidelijk dat de patiënt moet worden opgenomen.” (psychiater verslavingszorg)

Te open geformuleerde voorwaarden frustreren bovendien het toezicht, zo wordt niet alleen in verschillende interviews maar ook tijdens de invitational conference opgemerkt.

Er zijn echter ook respondenten van mening dat een meer open formulering van voorwaarden volstaat.

“Nu gaat er veel op basis van overleg, maar als er in het behandelplan staat 20 of 30 milligram van dit medicijn, dan zegt de cliënt heel vaak: daar ga ik me niet op

vastleggen. Dan zeg ik: daar heb je helemaal gelijk in want een behandeling is er een van continu overleg. En het kan niet zo zijn dat jij je nu gaat vastleggen op bepaalde medicatie. Ik vind het van belang dat het wat ruimer wordt geformuleerd. Aan de andere kant: als je als patiënt tekent voor alle medicijnen die de behandelaar voorschrijft dan heb je als patiënt het idee dat je in feite je complete zelfbeschikkingrecht weggooit. Toch vind ik: waarom zou je zo dwingend duidelijke medicatievoorschriften opnemen, als je in de praktijk toch iedere keer weer moet overleggen en moet proberen toestemming te krijgen voor de hoeveelheid medicatie?” (advocaat)

Er zijn ook respondenten die vinden dat een patiënt juist baat kan hebben bij een open geformuleerde voorwaarde.

“In het begin kregen we nog wel eens behandelplan terug met de opmerking dat de voorwaarden te vaag gesteld waren. Dat was ook terecht. Het moet niet alleen voor de patiënt en voor de GGZ-medewerker, maar ook voor de rechtbank helder zijn wat de afspraak is. Ik kan me voorstellen dat het ook nog steeds helderder kan. Soms wordt echter ook kritiek gegeven dat iets scherper is op een manier die voor ons niet meer te doen is, bijvoorbeeld hoe vaak je dan de consulten doet, of wanneer. Wij hebben ook flexibele agenda’s en dat is niet altijd goed in te vullen. Wat wij dan doen is dat in de voorwaarden wordt gezegd dat ik maandelijks contact heb met patiënten. Soms zie ik ze wel vaker, maar volgens de voorwaarden in ieder geval maandelijks. En bij de sociaal psychiatrisch verpleegkundige staat dan ook contact hier en huisbezoeken, maar niet specifiek hoe vaak de spv-er komt. Soms wel hoor, zeker in moeilikere fasen, wekelijks of een paar keer per week. Maar in het algemeen pinnen we ons er niet op vast. Ook medicijngebruik timmeren we niet meer dicht. Er kan wel zijn geschreven “actueel voorgeschreven medicijnen”, dat wel. En dan schrijf ik er specifiek bij: aanpassingen alleen op advies van psychiater of diens waarnemer. Het kan immers voorkomen dat je de medicatie van ambulanten moet minderen of verhogen. Als mensen gaan ontregelen, probeer je iemand toch ambulant te houden. Soms kan het helpen om de medicatie aan te passen. En soms als mensen in de loop van de behandeling bijwerkingen ontwikkelen, willen we wel eens overwegen om de medicatie te verlagen met het risico dat het toestandbeeld weer wat oplaait. Wij moeten dus ruimte hebben om flexibel met de medicatie om te gaan.” (psychiater volwassenenpsychiatrie)

Samengevat gaan de meeste voorwaarden over medicijngebruik en de aard en invulling van contacten met de zorgverleners. In mindere mate worden ook andere voorwaarden afgesproken, afhankelijk van de behoefte van de patiënt. Afspraken over alcohol- of drugsgebruik komen daarbij geregeld voor, al zijn de meningen over het succesvol inzetten van dit soort afspraken verdeeld. Daarnaast komen afspraken over contacten met familieleden of andere personen in de omgeving voor. Deze afspraken kunnen een verbod of juist een gebod inhouden. Er is discussie over de vraag hoe gedetailleerd afspraken moeten worden vastgelegd. Er lijkt behoefte te

zijn aan een zekere mate van flexibiliteit bij de invulling, omdat de zorgbehoefte en de gezondheidstoestand van de patiënt kunnen wijzigen.

5.4.3 Informed consent

Als het huidige wetsvoorstel tot wijziging van de voorwaardelijke machtiging doorgang vindt, komt het informed consent-vereiste als centrale eis voor het verlenen van een voorwaardelijke machtiging te vervallen. Op grond van dit vereiste mag een voorwaardelijke machtiging niet worden opgelegd, als de patiënt geen toestemming geeft voor het behandelingsplan en de bijbehorende voorwaarden. De patiënt kan die toestemming uitsluitend verlenen als hij daartoe wilsbekwaam is. Dit gegeven is bekritiseerd, zowel vanuit de praktijk als vanuit de wetenschap. Veel van de patiënten die ambulante worden behandeld weigeren toestemming te geven voor een behandeling, en/of zijn niet in staat om een redelijke belangenafweging te maken met betrekking tot hun behandeling. Volgens velen is er een grote groep patiënten die nee zeggen tegen een behandelingsplan en de opgelegde voorwaarden, maar die zich toch aan die voorwaarden houden. In het verleden is hiermee reeds veel ervaring opgedaan toen de paraplumachtiging nog een optie was. In dit onderzoek is opnieuw bekeken hoe de praktijk aankijkt tegen het informed consent-vereiste. Bovendien is gevraagd wat respondenten vinden van de voorgenomen wetswijziging.

Alle zorgverleners die geïnterviewd zijn, zijn van mening dat het informed consent-vereiste niet nodig is. Onder de zorgverleners zegt niemand dat het informed consent-vereiste in stand moet blijven, al benadrukken verschillende respondenten wél dat het belangrijk is dat de patiënt goed geïnformeerd wordt.

“Bij de paraplumachtiging was het beter, daar kwam je toch gemakkelijker uit de voeten in de ambulante situatie met die moeilijke groep patiënten met dat gebrekkige ziektebesef. Want als je de machtiging dan moest verlengen, dan had je geen toestemming nodig. Dan had je het idee dat als de patiënt zich er niet aan ging houden en die kans was redelijk aanwezig, dan moeten we meteen ingrijpen, om het hanteerbaar te houden in de ambulante situatie.” (psychiater volwassenen-psychiatrie)

“Informed consent is dikwijls moeilijk. Vaak vertoont de patiënt al ernstig gestoord gedrag. Je kan er dan niet mee gaan samenwerken omdat die patiënt zó gestoord is dat er geen behandelingsovereenkomst mee te maken valt, terwijl hij wel ambulante is. Hoe ga je dat dan opvangen? Hoe kan je dat in vredesnaam met een voorwaardelijke machtiging doen? Je krijgt daar geen consensus over. En dan moet je die man een behandelplan gaan voorleggen en dan moet je daar voorwaarden aan gaan koppelen die ze misschien helemaal niet willen. Op de manier waarop de rechter het nu hanteert, is het heel moeilijk om een voorwaardelijke machtiging toe te passen.

Het komt vaker voor dat er een rechterlijke machtiging wordt aangevraagd en dat de rechter dan zegt die patiënt is ambuland, dan moet hij een voorwaardelijke machtiging krijgen. En dan moet je de patiënt zwaar onder druk zetten om akkoord te gaan, terwijl de Wet Bopz toch initieel een wet is ter bescherming van de patiënt.” (psychiater dubbele diagnosezorg).

“Tegen de tijd dat mensen zover zijn dat ze expliciet ja zeggen, dat ze snappen wat ze ondertekenen, dan hebben negen van de tien geen machtiging meer nodig. Dat is een categorie die wij heel weinig tegenkomen. Wij komen die mensen tegen die het gewoon echt niet willen, of de mensen die nee zeggen en ja doen. Mensen die je een beetje – geen dwang maar - drang moet geven, zo van als je dit depot niet wilt, dan nemen we je op. Oké zeggen ze dan, dan neem ik dat depot maar.” (psychiater volwassenenpsychiatrie)

Ook de ondervraagde juristen vinden het huidige informed consent-vereiste een knelpunt.

“Wat ik heel opvallend vond was dat heel veel mensen die jarenlang heel goed onder een paraplumachtiging hadden geleefd, zelf ook heel erg voor die voorwaardelijke machtiging waren. Dat heb ik heel sterk zo ervaren. Mensen die dan met name zeiden: ja, maar als ik decompenseer, dan kan dat binnen een half uur gebeuren, dan sta ik met een voorwaardelijke machtiging wel op straat. Dan ben ik niet gezien door een geneesheer-directeur. Ik moet wel heel snel opgenomen kunnen worden. Mensen waren bang dat ze met zo’n voorwaardelijke machtiging minder snel zouden worden opgenomen.” (rechter)

“Ik heb zelf ook meegewerkt aan het oprekken van informed consent. Ik had cliënten die hadden liever een paraplu. Die vonden dat op een of andere manier veiliger. Maar de ruimte is nu weg. Inmiddels heb je nu dat nieuwe voorstel. Dat zou reden kunnen zijn voor de rechtbank om te zeggen we gaan vast anticiperen en we zien wel waar het schip strandt. Je kan het goed beargumenteren. Iedereen is het erover eens dat dit een onwerkelijke situatie is en dat het een onbedoeld effect is van de wetgever.” (advocaat)

“Je zit daar tegenover de rechter en je klant zit in de stoel en zegt, ja maar dat doe ik niet. Dan heb je een probleem. En dan ga ik even met meneer praten, want het alternatief is dat er een machtiging wordt verleend. Dat is dan geen informed consent meer, maar dat vind ik dan geen probleem.” (advocaat)

“Er zijn nu mensen die noch het een noch het ander krijgen. Dan zitten ze te wachten tot het echt weer fout gaat en dan worden ze weer opgenomen. Want die mensen willen geen voorwaardelijke machtiging, zijn er fel op tegen, willen niets met het behandelplan. En dus wordt er geen voorwaardelijke machtiging afgegeven. Dus

volgt eerst afzakken van deze mensen tot het niveau waar ze jaren geleden ook voor zijn opgenomen en dan kunnen ze weer helemaal van nul af aan beginnen. Ik vind het meer dan verschrikkelijk.” (officier van justitie)

“Ik heb een patiënte die geen ziekte-inzicht heeft, die gewoon medicatie nodig heeft. Zij zal nooit akkoord gaan met een voorwaardelijke machtiging. Ik kan nu voorlopig alleen volstaan met bellen, voor zolang als het duurt. Als ze verder afglijdt, moet ze weer worden opgenomen. Als we geen toestemming hoefden te vragen bij de voorwaardelijke machtiging, zou het wel een goed instrument zijn. In het verleden werkte het ook goed bij haar met de paraplumachtiging.”

(spv-er volwassenenpsychiatrie)

Tot slot vinden ook de patiënten- en familieverenigingen dat informed consent niet altijd juist is. De organisaties zeggen dat in deze situatie een patiënt beter tegen zichzelf in bescherming genomen kan worden. Je moet hem niet dwingen, maar als een patiënt zegt geen toestemming te geven, terwijl je weet dat hij zich wel aan de voorwaarden gaat houden, kan door hem toch de voorwaardelijke machtiging op te leggen een gedwongen opname worden voorkomen.

“Een opname kan ook traumatisch zijn, dan is het beter om thuis te zijn.”

(lid patiëntenvereniging)

“In een kliniek krijg je vaak weinig of geen bezoek.” (lid familievereniging)

De ambtenaar van VWS meldt overigens dat patiëntenverenigingen in een advies aan VWS hebben laten weten dat ze de voorgestelde regeling te ver vonden gaan. Tijdens de panelbijeenkomst is daar echter niets van gebleken. Ook de cliënten-organisaties die deelnamen aan de invitationale conference hebben hierover geen uitlatingen gedaan.

In de kinder- en jeugdpsychiatrie speelt het toestemmingsvereiste volgens respondenten op een andere manier.

“In feite bij kinderen, hoe zelfstandig is hun toestemming? Dat is betrekkelijk. We maken in overleg met ouders en kind die voorwaarden. Dat doen we tóch. Want ja, het werkt niet om een kind die dingen door de strot te duwen, maar het is wel zo dat de druk op een kind groter is dan bij een volwassene. Het drangaspect is bij kinderen toch groter, ja. Er zitten ook ouders bij, of een voogd.” (geneesheer-directeur kinder- en jeugdpsychiatrie)

Respondenten uit de kinder- en jeugdpsychiatrie stellen dat ze, wanneer het informed consent-vereiste wordt afgeschaft, nauwelijks anders zullen omgaan met het opleggen van een voorwaardelijke machtiging bij hun patiënten.

“Ik denk niet dat we daar veel in veranderen. Misschien een enkeling. Misschien dat je door de pathologie van een kind meer gedwongen bent om dat echt op te leggen, maar ik vind het niet wijs.” (psychiater kinder- en jeugdpsychiatrie)

5.4.4 Opneming van personen met een voorwaardelijke machtiging

Hoewel een voorwaardelijke machtiging zodanig geconstrueerd is dat iemand kan worden opgenomen als hij zich niet aan de voorwaarden houdt, is de reden van opneming meestal meer gelegen in het feit dat de geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt zodanig is verslechterd dat een opneming noodzakelijk wordt.

“Als mensen niet meer komen dan is dat reden om ze op te nemen. Niet meteen de eerste keer, maar als ze vier keer niet komen, als er vier keer tijd voor ze is gereserveerd, ja, dan stoppen we. Daarom zetten we de contactfrequentie ook in het behandelplan.” (psychiater dubbele diagnosezorg)

Bij ongeveer de helft tot driekwart van de patiënten met een voorwaardelijke machtiging komt er gedurende de looptijd van de machtiging een moment waarop ze moeten worden opgenomen.

Soms levert het feit dat de opneming geconstrueerd is rondom voorwaarden problemen op, zo wordt geconstateerd door een rechter:

“Er was een patiënt die was opgenomen, omdat hij zich niet aan de voorwaarden hield. En dan zou er van rechtswege conversie plaatsvinden naar een voorlopige machtiging, maar de advocaat zat hier bovenop. Die zei: deze meneer is opgenomen omdat hij zich niet aan de voorwaarden heeft gehouden. Maar hij had weer excessief geblowd en dat stond niet in de voorwaarden, dat hij zich dáárvan moest onthouden. En hij werd opgenomen omdat hij door dat blowen helemaal in de war raakte.” (rechter)

Een psychiater uit de kinder- en jeugdpsychiatrie stelt dat het belangrijk is dat de patiënt de opneming niet zozeer ervaart als straf, maar als behandelinterventie.

“Ten eerste zijn er behandelingen waarin gezinsgesprekken zijn, dus de patiënt is er bij. Het is niet achter zijn rug om. Maar wij zeggen ook, en dat is denk ik wel belangrijk, de voorwaardelijke machtiging wordt niet als straf gebracht. We zetten het duidelijk als vangnet neer. En ouders spelen een rol in dat vangnet. We leggen ook uit dat het voor ons belangrijk is dat alle betrokkenen meewerken: we vragen informatie op school op, we hebben een aantal mensen er omheen staan die weten hoe de vlag erbij hangt. En we zeggen de patiënt: het is niet zo dat als het niet goed gaat je voor straf opgenomen wordt, wij denken dat het beter is dat je komt omdat

we denken dat wij je beter kunnen helpen dan je familieleden.” (geneesheer-directeur kinder- en jeugdpsychiatrie)

Ook een geneesheer-directeur in de volwassenenpsychiatrie vindt het niet goed als een opname wordt ervaren als een straf, in plaats van als een behandelinterventie.

“Wanneer bij opname de voorwaardelijke machtiging direct wordt omgezet in een voorlopige, kan dit ervaren worden als een element van bestraffing door patiënten. Zo van: het gaat nu mis met mij en kijk eens nu gaan zij mij meer vrijheid afnemen. Dat laat eigenlijk de optie weg dat iemand zegt van: ‘ik kan het niet redden zo. Doe in godsnaam iets met mij en dan vind ik dat goed.’ Ik moet denken aan een vrouw die thuis woonde en die werd weer psychotisch, ook een chronisch schizofrene vrouw. En op het moment dat het mis gaat laat zij mannen in haar huis en gaat ze naakt lopen in dat huis. Nou ja, dat is niet zo heel gevaarlijk, althans je moet geweldig lang turen door het raam om gevaar te kunnen constateren. Maar wij wisten allemaal dat als zij dat gedrag gaat doen dan moeten wij ingrijpen. Want dan wordt ze seksueel misbruikt en dan heeft ze daarna geweldig veel trammelant om haar gevoel van eigenwaarde weer terug te vinden. Dus daar moet je dan gewoon snel wat aan doen. Want als je haar dan weghaalde en je nam haar mee naar het ziekenhuis dan was ze eigenlijk ontzettend opgelucht. ‘Ja, ik kon het zelf niet, dat kon ik niet, dat is nou net mijn probleem. Maar wel heel opgelucht dat ze daar was, en dan ging ze ook niet weglopen of zo, helemaal niet. Ze ging niet moeilijk doen. Dus in wezen was die ingreep wel nodig, maar het kader van dwang hoefde verder niet voortgezet of uitgebreid te worden. Het is natuurlijk wel een ingewikkelde situatie die niet zo heel vaak zal voorkomen, maar ik vond het wel heel interessant. Dat is nou net psychiatrie. Dat je op het juiste moment toch ingrijpt om schade en ellende te voorkomen. En dat het voor de rest niet hoeft te betekenen dat je mensen voortdurend onder druk blijft zetten.” (geneesheer-directeur volwassenenpsychiatrie).

Veel respondenten klagen over het feit dat zodra het moment is aangebroken dat opname noodzakelijk is, de procedure tot opname veel te lang duurt.

“Mijn tweede grote bezwaar is dat de praktijk waardoor de ambulante behandelaar die de voorwaardelijke machtiging zal ik maar zeggen onder haar hoede heeft, niet mag zeggen dat het niet goed gaat met de patiënt en dat hij hem gaat laten opnemen. Maar dat je in plaats daarvan een tussenstap moet inlassen van de crisisdienst. Dat vind ik gewoon heel bewerkelijk. Het bewerkelijke is niet altijd heel ernstig, maar of het nou heel veel oplevert is maar de vraag.” (psychiater volwassenenpsychiatrie)

“Een ambulante behandelaar die uit de omgeving van de patiënt of van de case-manager van de patiënt of van de familie of van de buurt signalen krijgt dat het

niet goed gaat, is in mijn ogen voldoende op afstand om niet hals over kop te willen dat de patiënt naar de kliniek gaat.” (psychiater volwassenenpsychiatrie)

In het verleden gebeurde het bij verschillende instellingen dat de opnemingsprocedure dermate lang duurde dat een inbewaringstelling werd aangevraagd. In sommige instellingen bedroeg de opnemingsprocedure tot wel tien dagen. Alle ondervraagde zorgverleners zeggen dat de instelling ondertussen de procedure zodanig heeft georganiseerd dat een opname ingeval van een voorwaardelijke machtiging minstens zo snel kan plaatsvinden als bij een inbewaringstelling. Vaak wordt in een vroeg stadium met spoed een opnameplaats aangevraagd, omdat reeds duidelijk is dat de situatie van de patiënt zodanig verslechtert dat een opname niet meer kan uitblijven. Sommige instellingen hebben een aantal noodplaatsen ter beschikking. Ook zijn er instellingen die, voor de situatie dat in een voorkomend geval geen plaats beschikbaar is, samenwerkingsafspraken hebben met naburige instellingen. Afhankelijk van de organisatie wordt dan een niet bij de behandeling betrokken psychiater ingeschakeld, dikwijls een psychiater van de crisisdienst, die de patiënt onderzoekt en een schriftelijke verklaring opstelt. Ondanks de aanpassingen die het veld heeft gedaan, vinden de meeste respondenten de opnemingsprocedure nog steeds omslachtig. Ook de ondervraagde patiënten vinden dat de opname snel plaats moet vinden op het moment dat deze noodzakelijk wordt. Eén van de ondervraagde patiënten is niet bang dat hij té snel opgenomen wordt.

“Mijn opname is steeds een noodzakelijk kwaad. Maar ik ben niet zo bang dat mijn rechten daarbij niet goed gewaarborgd worden. Ik geloof wel dat op het moment dat het gebeurt, iedereen die eraan meewerkt heel oprecht zijn medewerking eraan verleent. Dus daar ben ik ook nooit paranoia over geweest. Het is steeds ook wel nodig dat ik opgenomen word. Aan de andere kant is het misschien wel goed dat eens in de zoveel tijd de rechter ernaar kijkt, want in theorie zou er wel misbruik van kunnen worden gemaakt misschien. Wat ik wel heel vervelend vind is dat ik elke keer weer in een isoleercel terechtkom, al is het maar voor een paar dagen. Maar ja, dat is misschien een ander verhaal. De hele gang van zaken rondom de opname gaat ook niet zo vriendelijk. Er komt altijd politie aan te pas, maar dat is dan ook wel weer nodig ter bescherming van de medewerkers. Maar het verloopt allemaal niet zo prettig.” (patiënt volwassenenpsychiatrie)

Er zijn overigens verschillende organisaties die soms problemen ondervinden met opname, omdat er simpelweg onvoldoende plaatsen zijn.

“Soms is de doorstroming slecht, omdat we patiënten niet terug naar huis kunnen plaatsen of naar een andere instelling kunnen doorplaatsen. Dat is heel jammer. Dat is niet in het belang van het kind en dat is een heel ander probleem. Dat is wel verdrietig, want daardoor moeten kinderen die behandeling nodig hebben langer

wachten, terwijl kinderen die behandeld zijn en eigenlijk weg moeten, onnodig lang in de psychiatrie zitten. Overigens heeft dat niets te maken met de ambulante zorg zelf, maar met ouders die hun kind niet meer thuis aankunnen zal ik maar zeggen. Eigenlijk moet zo'n kind dan door naar een pedagogisch behandelcircuit of naar een behandelcircuit voor kinderen met een cognitieve beperking. Maar dat krijg je dan niet voor elkaar, omdat er te weinig plekken daar zijn." (geneesheer-directeur kinder- en jeugdpsychiatrie)

Ook in de volwassenenpsychiatrie spelen soms vergelijkbare doorstromingsproblemen.

Alleen in de kinder- en jeugdpsychiatrie zeggen de ondervraagde geneesheer-directeuren het onderzoek ter beoordeling van de noodzaak van een opname zelf te doen. Hier kan een opname dezelfde dag nog plaatsvinden.

"Je kunt de rollen ook een beetje verdelen, dat de behandelaar dichter naast de patiënt blijft staan en niet zijn beoordelaar is. Als eerste geneeskundige voer ik dan een gesprek met de patiënt en zeg ik: we hebben voorwaarden opgesteld en volgens mij ga je daar nu overheen. We gaan even na of dat klopt en of we daar consequenties aan moeten verbinden. Dat is best een prettig samenspel om zo'n jongere verder te helpen. Daar kun je wel wat mee. Het is ook een samenspel tussen ambulant en de kliniek of tussen ambulant en de eerste geneeskundige, want die moeten dan wel signaleren en daar ook consequenties aan verbinden. Dat kun je beter snel doen, als daar te lang mee wachten. Hier bellen de ambulante zorgverleners naar hier en dan nodigen we ze uit voor een gesprek met mij of een plaatsvervanger. Dat gesprek kan heel kort zijn, niet ingewikkeld." (geneesheer-directeur kinder- en jeugdpsychiatrie)

Met name in deze sectoren wordt door respondenten opgemerkt dat het belangrijk is dat zorgvuldig gekeken wordt naar de noodzaak voor opname.

"Zoals wij het doen hangt het af van het samenspel tussen de ambulante behandelaar en de eerste geneeskundige die de feitelijke beoordelaar is. Dus ik vind ook dat de behandelaar de juiste criteria moet hanteren. Je kunt je ook voorstellen dat als de behandelaar domweg ruzie met de cliënt heeft dat je daar ook doorheen moet kijken en niet zomaar moet zeggen we draaien de boel terug. Meestal als dat gebeurt, dan stuur ik zo'n behandelaar terug naar de leidinggevende behandelaar van zijn afdeling. Dan zeg ik: ik voel iets in die relatie, maar dat is niet iets om een machtiging op neer te zetten. Dat hoeft ik dan ook niet uit te voeren, zal ik maar zeggen. Het is goed als zo'n leidinggevende dat dan oppakt en naar een andere oplossing zoekt." (geneesheer-directeur kinder- en jeugdpsychiatrie)

"Dan zeggen wij ook, moet je eens luisteren. Op dat moment wordt er opnieuw gekeken. Je krijgt een gesprekje met een geneesheer-directeur, wij zeggen de

psychiater, die nog eens een keer een gesprekje met je heeft om te kijken of het echt wel nodig is dat je komt. Tegenwoordig is het dan weer wat minder, maar officieel hoor ik daar in ieder geval ja tegen te zeggen. Al dan niet op papier, vaak zie ik ze wel echt. Omdat ik dat ook als interventie zie.” (geneesheer-directeur kinder- en jeugdpsychiatrie)

Dat het wel eens mis kan gaan bij het opnemen van patiënten, merkt een advocaat op:

“Ik werd onlangs in een psychiatrisch ziekenhuis waar ik voor een cliënt kwam, aangesproken door een oud-client van mij. Die zei: mevrouw, ik zit hier al drie weken en ik weet echt niet waarom ik hier zit. Nou toen heb ik gezegd, ik kom straks nog even met u praten. Hij wist van niets, er was hem niets uitgereikt. Deze man had een voorwaardelijke machtiging. En toen heb ik, het was inmiddels zes uur, halfzeven, een verpleegkundige naar het medisch dossier laten kijken. En die heeft er een zeer onduidelijke, rare verklaring van een psychiater uitgehaald. En inderdaad drie weken daarvoor, toen had meneer hem niet kunnen spreken, want meneer wilde niet onderzocht worden. Ze vonden toch dat hij opgenomen moest worden, maar er waren geen redenen genoemd, dus niet dat er voorwaarden overtreden waren. Er stond alleen dat er gevaar was, maar het gevaar was ook niet nader omschreven. De beschikking was niet gedateerd. Toen heb ik gebeld met de achterwacht, het was inmiddels al avond, het was ook vrijdagavond. En ik zei, meneer zit hier op onduidelijke titel en dat hij eigenlijk maar onmiddellijk zijn vrijheid moest hebben. Mij werd toen gezegd we zullen er zo snel mogelijk aandacht aan besteden. Toen is de psychiater twee dagen later gekomen met een identieke verklaring, zoals die in het dossier lag van de psychiater, alleen had hij zijn naam ingevuld. Ook geen datum. Toen heb ik via de officier van justitie de beslissing van de rechter gevraagd met betrekking tot de opneming. Toen bleek dat in dit geval geen bericht van de opneming naar de rechtbank was gegaan, en ook de officier wist het niet en de inspectie wist het niet.” (advocaat)

Deze advocaat pleit ervoor dat de raadsman van de patiënt ook verplicht op de hoogte wordt gesteld van een opneming. Ook andere respondenten vinden dat de advocaat moet worden geïnformeerd over de opneming, zodat deze zonnodig stappen kan ondernemen.

5.4.5 **Conversie, verlenging en de mogelijkheid vrijwillig op te nemen**

Het belangrijkste rechtsgevolg van opneming is dat de voorwaardelijke machtiging van rechtswege wordt omgezet in een voorlopige machtiging. Dit wordt ook wel conversie genoemd. De conversie heeft verschillende implicaties. In de eerste plaats heeft dit tot gevolg dat een patiënt die voorlopig wordt opgenomen en vervolgens weer ontslagen wordt, na afloop van de machtiging slechts opnieuw voor zes maanden een voorwaardelijke machtiging opgelegd kan krijgen. De meeste

respondenten vinden dit niet nodig, zeker niet als het om chronische patiënten gaat. Zij pleiten voor een meer flexibel systeem waarbij de rechter zelf bepaalt voor welke duur een machtiging kan worden verleend. Wel vinden deze respondenten dat de rechter de patiënt tenminste eenmaal per jaar zou moeten zien.

“Ik vind het onzin dat chronische patiënten die met een voorwaardelijke machtigingen af en toe even moeten worden opgenomen, iedere zes maanden voor de rechter staan, omdat na omzetting geen langere voorwaardelijke machtiging kan plaatsvinden. Ik denk dat je de frequentie moet kunnen bespreken met de rechtbank, van wat is een zinnige frequentie. Ik denk wel dat je het in ieder geval één keer per jaar moet doen.” (geneesheer-directeur volwassenenpsychiatrie)

Ook de patiënten die werden geïnterviewd geven aan het niet nodig te vinden vaker dan één keer per jaar door de rechter te worden gezien, al moet hierbij worden aangetekend dat al deze patiënten zeer tevreden waren met hun behandelaar en in hen ook het volste vertrouwen stelden. De deelnemers aan de invitational conference zijn eveneens van mening dat een flexibel systeem volstaat, waarin de rechter de patiënt in beginsel slechts eenmaal per jaar ziet tenzij uit de omstandigheden blijkt dat dit vaker nodig is.

Een tweede gevolg van de omzetting is dat de opneming automatisch een onvrijwillig karakter heeft, ook al heeft de patiënt zelf het initiatief tot de opneming genomen. Ook dit gegeven vinden veel respondenten problematisch.

“Het is echt lastig als iemand met een voorwaardelijke machtiging vrijwillig wil worden opgenomen. Dan wordt het gelijk een voorlopige machtiging. Dat is dus vervelend. Want dat vinden ze niet leuk. Het heeft echt een andere klank voor ze. Want als ze een rechterlijke machtiging gekregen hebben, dan komen ze bij mij ook vragen, luister eens ik wil graag dat die opgeheven wordt. Dan gaan we met het team overleggen of het nog geïndiceerd is. Dan krijgen ze een psychiatrisch onderzoek van me. Dan kan ik motiveren waarom ik vind dat het inderdaad een ontslag onder voorwaarden kan zijn, maar dat ik de patiënt een maand later wel opnieuw wil beoordelen.” (geneesheer-directeur kinder- en jeugdpsychiatrie)

“Ik heb het vorige week nog gehad. Een mevrouw die zegt ik zou eigenlijk het liefst even opgenomen willen worden. Die heeft een voorwaardelijke machtiging. Dan zou het toch raar zijn dat daardoor de lichtere maatregel omgezet wordt in een zwaardere. Ik vind het anders als er echt gevaar ontstaat en mevrouw gaat rare dingen doen, en dan kan er worden ingegrepen. Dan vind ik het wat anders. Maar als iemand gewoon even tot rust wil komen en even wat extra support nodig heeft, vind ik niet dat dat gestraft mag worden door conversie.” (advocaat)

“Ik kan me voorstellen dat bij mensen die zelf om opname verzoeken, niet weer die hele trein in werking wordt gezet en dat de voorwaardelijke machtiging gewoon blijft doorlopen. Dat zou ik me echt kunnen voorstellen.” (rechter)

Een derde gevolg is dat de omzetting tot gevolg heeft dat de patiënt dan in beginsel in aanmerking kan komen voor dwangbehandeling. Dit aspect is echter in geen van de interviews besproken, zodat moet worden aangenomen dat dit probleem niet echt speelt in de praktijk.

Verskillende respondenten geven aan dat binnen de eigen instelling geen conversie plaatsvindt, als iemand zich vrijwillig laat opnemen.

“Ja bij ons in de instelling worden mensen met een voorwaardelijke machtiging vrijwillig opgenomen. Als iemand aanklopt en die zegt het gaat echt niet goed, dan worden ze zonder meer opgenomen. Er verandert dan in principe niets aan de voorwaardelijke machtiging. We gaan dan ook niet de voorwaarden veranderen of zo.” (spv-er dubbele diagnosezorg)

“Wij hebben hier binnen de instelling het beleid dat als iemand binnen drie weken weer ontslagen wordt, dan blijven wij het zien als een doorlopende voorwaardelijke machtiging. Dat geldt met name voor personen die vrijwillig zijn opgenomen. De wet is daar wat minder helder in. Die zegt gewoon: zodra je wordt opgenomen, is het gewoon een voorlopige machtiging geworden, maar je kunt erover twisten of dat nou wel de beste manier is.” (spv-er volwassenenpsychiatrie).

Een officier van justitie vindt dat de vrijwillige opname gemaximeerd moet zijn in tijd, anders behoort toch conversie plaats te vinden.

“De rechtbank heeft hier met name een beleid op. Wij vonden het altijd conversie eigenlijk. De rechtbank vindt dat niet. Die vindt dat dit per se een beslissing van de geneesheer-directeur moet zijn en dat die bepaalt of de zaak geconverteerd is. En aangezien, en dat begrijp ik wel, de praktijk soms vraagt om een time-out, hebben wij gezegd dat wij een “vrijwillige opname” hebben gemaximeerd in tijd. Wij hadden er eentje die had een voorwaardelijke machtiging gekregen, werd een week later opgenomen en zat vijf maanden later nog steeds binnen. Toen heb ik gezegd: dat kan niet. Dat hoor je dus niet, dat hoor je pas op het moment dat er weer iets moet gebeuren en toen hebben wij daar een termijn aan gesteld. Toen hebben wij gezegd een maand of veertien dagen.” (officier van justitie)

Een derde bezwaar dat in de praktijk tegen de conversie bestaat, is dat wanneer de patiënt tegen het einde van de looptijd van een machtiging nog steeds is opgenomen en voorzien wordt dat hij binnenkort ontslagen zal worden, maar niet zonder machtiging zal kunnen, de behandelaar niet op voorhand opnieuw een

voorwaardelijke machtiging kan verzoeken. Er dient dan een voortgezette machtiging tot verblijf te worden verzocht. Sommige respondenten vinden die voortgezette machtiging dan een relatief te zwaar middel. Enkelen pleiten er dan ook voor de voorwaardelijke machtiging meer als aparte modaliteit te zien, ongeacht of soms een opnemning nodig is of niet.

5.4.6 Gebruik art. 8a Wet Bopz

Aanvankelijk was het de bedoeling dat ter zitting door de rechter besloten kon worden om een andere machtiging te verlenen dan welke was verzocht. Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer van deze bepaling, die tegelijk met de voorwaardelijke machtiging zou worden ingevoerd, vond men echter dat een dergelijke actieve rol niet bij de functie van rechter paste. Deze behoort zich in beginsel lijdelijk op te stellen. Als gevolg van dit standpunt is de huidige formulering van artikel 8a Wet Bopz in de wet terechtgekomen.¹⁰⁶ Als de rechter zich ter zitting afvraagt of een andere dan de verzochte machtiging niet meer passend is, kan de rechter dit gevoelen aan de officier van justitie kenbaar maken. Bovendien kan de rechter een termijn stellen waarbinnen de behandeling van het verzoek moet worden voortgezet.

In de eerste periode na invoering van artikel 8a, maakte de rechter vaker gebruik van deze bepaling. Desgevraagd vertellen zowel rechters als behandelaars dat het nu niet meer zo vaak voorkomt.

“Het komt niet zo vaak voor dat ik artikel 8a toepas. Dit jaar geloof ik vijf keer. Het gebeurt vooral als er een voorlopige machtiging wordt gevraagd of een voortgezet verblijf en het ziet ernaar uit dat iemand binnen zeer korte tijd naar huis mag onder voorwaarden. Dan wordt wel vaker gevraagd of er een voorwaardelijke machtiging moet komen in plaats van voortgezet verblijf. Je kunt natuurlijk ook voortgezet verblijf doen en dan met ontslag onder voorwaarden.” (rechter)

“In het begin kwam het vaker voor. Er zijn nogal wat aanloopproblemen geweest. Wat je nu nog wel ziet is dat de advocaten ermee komen. Die zeggen dan ter zitting als er een verlenging van een voorlopige machtiging is gevraagd: dit is toch meer een zaak voor een voorwaardelijke machtiging.” (rechter)

“De gewone machtiging is zo, dat iemand blijft in het ziekenhuis, dan wordt er een verlenging gevraagd en dan hoor je van die cliënt, ja vanmiddag ga ik met ontslag, of morgen ga ik met voorwaardelijk ontslag. En dat vind ik dan eigenlijk oneerlijk.

106 Zie hierover § 3.3.7.

Dat hoor je dan meestal achteraf. Anders zeg je dat natuurlijk op de zitting. Dat vind ik oneerlijk gebruik van zo'n zware maatregel." (advocaat)

Een knelpunt dat in de praktijk bij toepassing van art. 8a Wet Bopz wordt gesignaleerd, is dat bij toepassing van deze bepaling termijnen dreigen te verlopen.

"In dit geval was er een voorwaardelijke machtiging gevraagd. En de cliënt gaf op de zitting aan dat hij onder geen voorwaarde een rechterlijke machtiging wilde. Überhaupt niet. Toen is op grond van art. 8a de zaak terugverwezen naar de officier. Maar inmiddels was de lopende machtiging afgelopen en de officier heeft toen een machtiging voortgezet verblijf gevraagd. Maar ik heb tegen hem op de zitting gezegd: dat kan niet want er is geen machtiging meer. Daarna heeft de officier het verzoek machtiging voortgezet verblijf ingediend. Deze zaak is tot de Hoge Raad gekomen. De Advocaat-Generaal zei hierover dat mijn cliënt intussen op vrijwillige basis in het ziekenhuis verbleef. En dan kan wel weer een machtiging voortgezet verblijf worden gevraagd. Dus eigenlijk had ik, en ik heb wel met die gedachte gespeeld, maar het ging om een cliënt die zeer gevaarlijk kan zijn, aan de geneesheer-directeur ontslag uit het ziekenhuis kunnen vragen. Er waren al twee zittingen geweest, de geneesheer-directeur snapte het niet en bovendien hij kon natuurlijk wel een inbewaringstelling vragen, maar ik vind het tricky. Zeker in dit geval, dus ik heb dat niet gedaan. Maar als je dan de conclusie van de A.G. leest dan blijkt ook van: ja... Dus hier had je ook een probleem met 8a vanwege het expireren van de lopende machtiging. Die was heel laat en de officier moet heel snel reageren. Doet hij dat niet dan is er een probleem." (advocaat)

Tijdoverschrijding brengt dus het risico met zich mee dat de patiënt (tijdelijk) vrijuit gaat, hetgeen gevaarlijke situaties met zich mee kan brengen. Ook een psychiater signaleert dat het verzoek voor een bepaalde machtiging achterhaald kan worden door de actuele situatie van de patiënt, hetgeen tijd kost, gevaarlijke situaties teweeg kan brengen en niet in het (gezondheids)belang van de patiënt is.

"Op het moment dat ik het aanvraag die voorwaardelijke machtiging, toen was hij nog redelijk stabiel, maar in de tussentijd had hij alweer zijn medicatie laten staan. Hij wilde ook niet tekenen: "nee, vertrouw maar op me, het gaat prima, we houden het zo, ik houd me aan alle afspraken". Dat deed hij natuurlijk niet. Dus wij zaten toen op de zitting en in eerste instantie was hij er niet, maar kwam hij uiteindelijk wel later naar binnen. Toen was hij al zo psychotisch en toen de rechter aan hem vroeg wat wilt u, wilde hij dus niks. En uiteindelijk kwamen we er natuurlijk op uit dat hij én niet getekend had én ter zitting geen blijf gaf zich aan de voorwaarden te willen houden. Ik had nog gezegd van: ik denk dat hij het wel doet, ik heb er niet heel veel vertrouwen in, maar laten we er maar vanuit gaan. Toen werd de machtiging afgewezen. Maar goed dan moet je weer een andere machtiging aanvragen en dat is ook lastig. Het lastige in de praktijk is dat je in de keuze van de machtiging die je zou

*willen aanvragen soms achterhaald wordt door de actuele situatie van de patiënt.”
(psychiater volwassenenpsychiatrie)*

Deze psychiater stelt dat het handiger zou zijn als de behandelaar in overleg met de rechter ter zitting zou kunnen besluiten tot een andere maatregel. Ook andere zorgverleners zijn die mening toegedaan. De huidige methode leidt volgens hen tot nodeloze vertraging, waarmee patiënten maar ook anderen niet zijn gebaat.

Naast de vraag of om een voortzetting van een machtiging dan wel een voorwaardelijke machtiging moet worden verzocht, vindt art. 8a volgens een advocaat ook wel toepassing vanwege de vraag of een vrijwillige opnemings tot omzetting leidt.

“Toepassing van artikel 8a heeft meer met de discussie te maken of iedere korte opname leidt tot conversie. En mijn mening is dat dat niet zo is. Conversie berust op een besluit van de geneesheer-directeur om iemand op te nemen en niet op de wens van een patiënt om kortdurend opgenomen te worden. Ik vind het wat anders als je vaststelt dat het gevaar niet meer buiten het ziekenhuis kan worden afgewend. Daar is discussie over en dan zie je wel dat er een voorwaardelijke machtiging wordt gevraagd, terwijl eigenlijk een voortzetting van de machtiging tot verblijf zou moeten volgen. Het kan dus zijn dat een verkeerde machtiging gevraagd wordt. En dat is dan natuurlijk ook de inschatting van de advocaat die roept er is wel of niet geconverteerd. Als dat op de zitting hard gemaakt kan worden dan wordt 8a toegepast, dan zegt de rechter we hebben een probleem en we vragen de officier om een andere maatregel.” (advocaat)

Samenvattend kan gesteld worden dat art. 8a met name wordt gebruikt als er onduidelijkheid heerst over de vraag of een voorwaardelijke machtiging met voorwaarden moet worden toegepast, of een machtiging tot voortgezet verblijf met eventueel een aansluitend ontslag onder voorwaarden dient te worden verleend. De discussie kan twee kanten opgaan:

1. De behandelaar wil een machtiging tot voortgezet verblijf en eventueel kort daarna ontslag onder voorwaarden toepassen, terwijl de rechter vindt dat er een voorwaardelijke machtiging moet komen. De rechter vindt dan dat eigenlijk om een paraplumachtiging wordt gevraagd.
2. De rechter acht een machtiging tot voortgezet verblijf geïndiceerd, terwijl de behandelaar/officier van justitie een voorwaardelijke machtiging heeft verzocht. Daarnaast is er een derde reden om art. 8a toe te passen. De instelling heeft, in de veronderstelling dat de patiënt nog een voorwaardelijke machtiging heeft omdat deze zich vrijwillig liet opnemen, ofwel een nieuwe voorwaardelijke machtiging ofwel een voorlopige machtiging verzocht, terwijl de rechter van oordeel is dat een andere machtiging had moet worden gevraagd.

De zaak wordt dan terugverwezen naar de instelling en de officier van justitie. Er moet in dat geval een nieuw verzoek met de juiste geneeskundige verklaring worden ingediend. Dit leidt tot tijdverlies en daardoor soms tot termijnoverschrijdingen met alle gevolgen van dien.

5.5 Toezicht

Het toezicht wordt vooral vorm gegeven aan de hand van de voorwaarde die in het algemeen aan patiënten gesteld wordt om een bepaalde contactfrequentie met hulpverleners, veelal spv-er en psychiater, in acht te nemen. Soms komen daar ook andere hulpverleners bij zoals thuiszorg, maatschappelijk werk en, in het geval van kinderen met een eetprobleem, ook wel eens een diëtist. Veel zorgverleners vinden ook de rol van de familie belangrijk bij het invulling geven aan het toezicht. De meesten waken er echter voor de familie hierin een officiële rol toe te bedelen, dat wil zeggen een rol die via de voorwaarden bij het behandelingsplan wordt geformaliseerd. Volgens vrijwel alle zorgverleners is dit niet mogelijk, omdat de kans groot is dat dit averechts uitpakt. Een dergelijke rol wekt wantrouwen op bij de patiënt, zodat dit ten koste kan gaan van de band die met de familieleden bestaat.

“Familie kan ons wel waarschuwen, maar we gaan nooit zeggen: kijk dit is de voorwaardelijke machtiging en dit zijn de voorwaarden en als u merkt dat hij zich daar niet aan houdt, dan moet u ons dat melden. Als familie ons dat meldt, dan houden we daar rekening mee, maar we gaan niet vragen of zij een soort van klokkenluider worden.” (psychiater dubbele diagnosezorg)

Bij jongere psychiatrische patiënten speelt de rol van familieleden nadrukkelijker, maar ook hier geldt dat zorgverleners niet geneigd zijn om ouders een officiële rol toe te bedelen. De sterkere rol van de familie leidt er overigens wel toe dat problemen sneller gesignaleerd worden.

“Ik vind dat de vertrouwensband tussen patiënt en ouders bij kinderen niet zo snel schade hoeft op te lopen als bij oudere psychiatrische patiënten. Bij ouders ligt dat hier anders, want die hebben ook een pedagogische rol naar kinderen. Zij hebben ook een natuurlijke rol als gezagsdrager, want ze zijn tot hun achttiende verantwoordelijk voor die kinderen. We zetten het dus duidelijk als vangnet neer en ouders spelen een rol in dat vangnet. We nemen het echter niet als voorwaarde op bij het behandelplan. Dat is een situatie waarin, als het kind begrijpt wat er aan de hand is, wel een vertrouwensbreuk kan ontstaan tussen kind en ouders.” (psychiater kinderen jeugdpsychiatrie)

Respondenten vinden niet dat een behandelaar een minimum aantal contacten met zijn patiënt zou moeten hebben. Allen vinden dat dit patiëntafhankelijk is: welke aandoening heeft de patiënt, in welke staat van gezondheid verkeert hij nu, in welke

omstandigheden leeft hij, wel sociaal netwerk is er?

Sommige zorgverleners proberen de contactfrequentie, ondanks een onderbezetting, op creatieve wijze op te voeren, bijvoorbeeld door dagelijks telefonisch contact te houden en aanvullend minimaal een keer per week de patiënt persoonlijk te zien. In sommige zorgsettings komt de patiënt naar de kliniek, in andere voorzieningen gaat de zorgverlener zelf naar de patiënt.

Bij patiënten met een verslaving is een sociaal netwerk er overigens niet in alle gevallen meer.

“Bij onze patiënten is er nauwelijks sprake van mantelzorg. Het is meer de bemoeizorg bij ons, dus het op pad gaan met wijkteams, de samenwerking met het Leger des Heils, politie. We hebben eigen bemoeizorgteams die de straat op gaan. Zelf werk ik ook op straat. Met de verleidingstechnieken die je dan gebruikt, krijg je iemand weer in beeld. Verleidingstechnieken zijn bijvoorbeeld, verleiden met pakjes shag, met een boterham of wat kleding of iets dergelijks. Dus eigenlijk het positief belonen dat ze weer contact hebben.” (spv-er verslavingszorg)

In de praktijk blijkt het moeilijk te controleren of patiënten zich aan de gestelde voorwaarden houden, zo laten verschillende respondenten weten, al lijken sommige zorgverleners wel in staat tot intensieve controle.

“Er zijn behandelaars die de patiënten wekelijks zien. Die doen controle, urinecontrole. Ze krijgen allemaal een afspraak en als patiënten niet verschijnen, worden ze opgebeld. Ik zie de mensen gemiddeld één keer per maand, of het wordt mij gerapporteerd. De rapportages gebeuren in een patiëntenoverleg. Dus elke maandagochtend worden alle patiënten besproken. Dat is een heel bijzondere vorm hoor, want wij zijn een heel intensieve eenheid. Het meeste contact wordt onderhouden door de spv-er en de maatschappelijk werker. Die hebben een gemiddeld contact van één keer per week.” (psychiater dubbele diagnosezorg)

Meestal is de aanleiding voor een opname dan ook niet zozeer of iemand zich aan de opgelegde voorwaarden houdt, maar veeleer het gegeven dat de psychische toestand van de patiënt ernstig verslechtert. Volgens de wet móet in die gevallen ook opname plaatsvinden, althans indien dan sprake is van gevaar. Overigens is die verslechtering van de geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt vaak wel het gevolg van het feit dat hij geen medicatie meer neemt. Er kunnen echter ook andere oorzaken zijn.

De patiënten- en familieorganisaties vinden dat het toezicht beter zou moeten plaatsvinden. Zij krijgen veel klachten dat het toezicht tijdens de voorwaardelijke machtiging onvoldoende is. Deze organisaties vinden dat de familie geen officiële rol moet hebben bij het toezicht, maar zijn van mening dat de familie wel belangrijk is in de zorg van de patiënt.

“De familie moet nooit een rechterlijke machtiging, dus ook geen voorwaardelijke aanvragen. Dat ondermijnt het vertrouwen. In de ogen van de patiënt zit de familie dan in het complot. Hetzelfde geldt voor opnemings omdat een patiënt zich niet aan de voorwaarden houdt.” (vertegenwoordiger patiëntenorganisatie).

5.6 Dwang en drang buiten het Bopz-kader

De meeste respondenten zijn het erover eens dat het onwenselijk is om in een extramurale setting dwang toe te passen op psychiatrische patiënten. In zo'n situatie zou dwangbehandeling averechts werken. Het gaat ten koste van het vertrouwen dat de zorgverlener met de patiënt heeft opgebouwd. Indien het middel voor de korte termijn al zou werken, dan brengt het voor de langere termijn toch meer schade toe. Slechts een enkeling is van mening dat dwang buiten de instelling zou kunnen werken.

“Het voordeel is dat je cliënten langer op de rails houdt. Het is duidelijk, dan en dan krijg je je medicatie. Ik kom hem brengen of ik kom je halen of ik zoek je waar dan ook op, maar je krijgt je medicatie. Je hebt het nodig, je hebt er andere gedachten over, prima, maar daar kunnen we het dan over hebben. Nu is het zo dat iemand telooft gaat als hij psychotisch is, met alle toeters en bellen. Iedere psychotische decompensatie is een aantasting van je hersenen. Dus hij komt nooit beter uit zijn psychose dan dat hij erin is gegaan. Met een beetje geluk blijft hij op hetzelfde niveau. Het nadeel van dwang is denk ik, dat cliënten in hun zelfbeschikking worden aangetast; in hun waardigheid, en dat vind ik ook heel belangrijk. En dat wringt heel erg. We hebben ook wel eens een cliënt, die behoort niet tot deze doelgroep, maar die doet ook nogal moeilijk over zijn medicatie nemen. Dan is het weer een week te laat, dan weer tien dagen te laat. Dus die geven we dan ook maar zo'n maatregel. Dan komt er een cliënt die wil altijd maar praten over zijn depot, dus die geven we ook zo'n maatregel en op een gegeven moment heeft iedereen zo'n maatregel. Ik denk dat de werkdruk en spanning snel maakt dat je de grens verbreedt om het makkelijk te maken (...). Bureaucratie is wel heel vervelend, maar het voorkomt toch ook dat mensen te makkelijk naar dit soort middelen grijpen. Er moet controle blijven, zonder meer. Het blijft mensenwerk.” (spv-er dubbele diagnosezorg)

De meeste respondenten vinden echter dat als er al dwang toegepast zou moeten worden, het beter is om iemand even tijdelijk op te nemen.

“Ik vind het goed dat je nu moment dat iemand zijn medicatie niet neemt, je dan een opname kan regelen, wat we nu doen. Nu is het zo dat je iemand opneemt, je geeft hem een depot, en als er verder geen problemen zijn en de buurt is niet boos, dan kun je iemand met een dag weer met ontslag laten gaan. Dat je zoiets in iemands eigen huis zou doen, dat vind ik veel te ver gaan, zoiets dat gepaard gaat met fysieke dwang. Dat is niet alleen iets gevoelsmatigs, het kan ook medisch niet goed zijn,

bijvoorbeeld als iemand al twee maanden zijn depot niet heeft gehad en je weet dat iemand met bijwerkingen kan reageren op de antipsychotica, met distremie en met spierkrampen. Ik zou het ook heel vervelend vinden om zo iemand maar achter te laten zonder nazorg.” (psychiater volwassenenpsychiatrie).

“Wat je tegenwoordig ook hebt in ziekenhuizen is dat oude mensen na hun operatie een delier krijgen. Die liggen ook gewoon vastgebonden. En dan weet ik niet of je dat nou ook onder de Wet Bopz moet vangen, want dat is heel tijdelijk.” (rechter)

Ook een psychiater die in de acute psychiatrie werkzaam is en die ook wel in ziekenhuizen geconsulteerd wordt, maakt gewag van dwang die in ziekenhuizen voorkomt.

“Wat ik bedoel is mensen met somatische problematiek die soms teveel pillen hebben geslikt en die dan niet gespoeld willen worden. Aan de ene kant kun je zeggen: die mensen gaan anders dood, dus doen wij dat. Punt! Of moeten we dan eerst een lbs aanvragen? Dat duurt wel lang, dan kun je beter eerst beginnen met spoelen. Maar ook: we hadden laatst bijvoorbeeld een man die blaaskanker had en bloed plaste en die niet onderzocht wilde worden, die zei laat mij nou maar dood gaan, terwijl het helemaal nog niet zeker was dat hij dood zou gaan. Hij moest eerst nog onderzocht worden. Wij hadden de indruk dat hij het vooral deed op basis van angst en niet op basis van weten hoe het zit. Dan vraag je je wel af, kun je op basis van de Wgbo ingrijpen, of moet je toch een Bopz-maatregel nemen. (...) Het gebeurt soms wel dat een machtiging wordt aangevraagd om iemand somatisch te kunnen behandelen in een regulier ziekenhuis, en het komt ook wel voor dat de rechter die toewijst. Op zich is het ook niet verkeerd dat een rechter de opname toetst.” (psychiater volwassenenpsychiatrie)

Een psychiater zegt:

“Ik heb een keer op de EHBO van een ziekenhuis afgesproken, bind maar vast, sedeer maar, maar dat is eigenlijk dus een noodsituatie.” (psychiater volwassenenpsychiatrie)

In tegenstelling tot dwang, geven de meeste respondenten aan dat drang wel vaak wordt gebruikt om patiënten te overreden. Dat kan variëren van onderhandelen over pakjes shag of zakgeld in ruil voor het komen halen van (depot)medicatie tot dreigen met opname.

“Dwang doen we niet, maar wat wel gebeurt is dat er in het voorstadium voor een opname het wel kan voorkomen dat je moet doorpakken met bijvoorbeeld medicatie, anders glijdt het af. Op een gegeven moment moet je doorpakken als iemand helemaal vervuild in zijn woning ligt en door blijft drinken en door blijft

gaan. En het begint te stinken en burens beginnen er last van te krijgen. Dan moet je toch dit soort zaken gaan overwegen, zo van: je komt nu op je afspraken en anders leg ik de zaak aan de rechter voor. De mensen krijgen dus eerst nog een drang-aankondiging. Je gaat nu zo en zo doen, anders moeten we actie gaan ondernemen. Als het heel acuut is, dan komt de crisisdienst erbij. Dan worden ze meteen opgenomen, maar als iemand zo langzaam naar een dieptepunt aan het gaan is, dan proberen we dat toch wel voor te zijn.” (arts verslavingszorg)

“Dwang gebruiken we niet, in onze groep zou dat ook uit den boze zijn, want dan krijgen patiënten ook extra argwaan. Wij blijven ambulante. Als we dwangbehandeling zouden toepassen, dan zouden we met vier man iemand op de grond moeten leggen en een injectie geven die dat niet wil. We werken nooit met foefjes om iemand medicatie te laten nemen. We onderhandelen, mensen paaien met bijvoorbeeld shag geven of iets dergelijks en dan proberen die pil te laten nemen. Maar als je een foefje gebruikt dan ga je onderuit, dan kun je het hele zorgvuldig opgebouwde vertrouwen wel vergeten.” (spv-er verslavingszorg)

De ondervraagde patiënten hebben nooit te maken gehad met dwang buiten de instelling. Wel hebben zij dwang die op hen binnen de instelling werd toegepast als zeer ingrijpend ervaren, ook al geven zij aan later te hebben ingezien dat dit destijds ook nodig was. Zij zijn er geen voorstander van als dwang thuis zou kunnen worden toegepast.

Vertegenwoordigers van een patiëntenvereniging en een familievereniging vinden dat tegen een beetje dwang bij hulpverlening ook buiten de instelling geen bezwaar bestaat, maar dan moet de hulpverlener wel goed behandelen. Zij zijn van mening dat het belangrijk is dat er achteraf controle is.

5.7 Klachtrecht en de rol van de patiëntenvertrouwenspersoon

Tot slot zijn in dit onderzoek vragen gesteld over in hoeverre het klachtrecht een rol speelt voor patiënten met een voorwaardelijke machtiging of patiënten die anderszins ambulante behandeld worden. Respondenten geven aan dat het klachtrecht bij deze patiëntengroep niet of nauwelijks speelt. Het Bopz-klachtrecht staat overigens ook niet open voor patiënten die met een voorwaardelijke machtiging buiten de instelling verblijven.

Er zijn ook geen verhalen bekend van patiënten met een voorwaardelijke machtiging die gebruik maken van de patiëntenvertrouwenspersoon (PVP), hetgeen toch een bevoegdheid is die expliciet in de wet is vastgelegd. Dit laatste vloeit voort uit het feit dat deze bevoegdheid noch bij patiënten, noch bij zorgverleners bekend is. Niemand van de geïnterviewden in het veld was van deze bevoegdheid op de hoogte. Overigens kenden allen wel de functie van patiëntenvertrouwenspersoon, maar zowel zorgverleners als patiënten dachten dat de patiëntenvertrouwenspersoon uitsluitend bedoeld is voor patiënten die in het ziekenhuis verblijven. Hen is niet

bekend dat ook patiënten met een voorwaardelijke machtiging van de patiëntenvertrouwenspersoon gebruik mogen maken.

“De patiëntenvertrouwenspersoon, kunnen mensen met een voorwaardelijke machtiging daar ook gebruik van maken? Dat wist ik niet. Goh, zo leer je nog eens wat. En wat is hun rol dan?” (psychiater volwassenenpsychiatrie)

Opvallend is overigens dat ook vrijwel alle zorgverleners die werden geïnterviewd spontaan zeiden het probleem van de geringe bekendheid van de functie van de patiëntenvertrouwenspersoon bij patiënten met een voorwaardelijke machtiging binnen de organisatie aan de orde te stellen en/of zelf hierover actief te gaan informeren.

De patiënten die geïnterviewd werden zijn alle weliswaar bekend met de patiëntenvertrouwenspersoon, maar wisten niet dat ze er ook buiten de instelling (nog) gebruik van konden maken. Zij antwoorden desgevraagd dat zij in de huidige situatie ook niet het idee hebben dat zij hem nodig hebben.

“Ik wist niet dat ik buiten de kliniek ook gebruik mag maken van de patiëntenvertrouwenspersoon. Ik heb wel eens gebruik van hem gemaakt toen ik opgenomen was, maar toen was ik psychotisch. Toen snapte ik ook niet waarom ik opgenomen werd. Toen heb ik iemand opgebeld en die is langsgeweest. Hij zei me in de psychose dat ik geen poot had om op te staan en dat klopte waarschijnlijk ook wel. Ik heb nu geen reden om van de patiëntenvertrouwenspersoon gebruik te maken. Ik zou niet weten waarom ik dat zou moeten doen. Ik voel me ook niet geschoffeerd of zo, ik heb geen klachten.” (patiënt)

Ook de patiënten- en familieorganisaties zijn niet op de hoogte van het feit dat de patiëntenvertrouwenspersoon expliciet een functie heeft voor patiënten met een voorwaardelijke machtiging.

De informatievoorziening over deze nieuwe taak van de patiëntenvertrouwenspersoon is dus nog onvoldoende op gang gekomen. Niet bekend is of er ook andere redenen zijn waarom geen contact wordt gezocht met de patiëntenvertrouwenspersoon, zoals een angst om opgenomen te worden, of andere represailles indien de patiëntenvertrouwenspersoon zou worden benaderd. Tijdens de interviews en panelbijeenkomsten zijn daarvoor geen aanwijzingen gevonden.

De Stichting PVP ziet een duidelijke rol weggelegd voor de patiëntenvertrouwenspersoon bij patiënten met een voorwaardelijke machtiging. Een patiënt met een voorwaardelijke machtiging zou bijvoorbeeld behoefte kunnen hebben om een patiëntenvertrouwenspersoon te raadplegen, wanneer hij de medicatie die hij thuis krijgt zou willen afbouwen, maar de behandelaar hier niet aan mee wil werken.

“Dit gegeven laat zien wat een stevige positie de behandelaar heeft. Een cliënt heeft eigenlijk geen mogelijkheid om nee te zeggen. Ik zou me heel goed kunnen voorstellen dat een patiëntenvertrouwenspersoon een cliënt in zo’n situatie zou kunnen ondersteunen.” (medewerker Stichting PVP)

Ook de Stichting PVP heeft inmiddels gemerkt dat zij weinig contact krijgt met patiënten met een voorwaardelijke machtiging. Uit registratiegegevens van de Stichting PVP blijkt dat er in 2005 32 patiënten met een voorwaardelijke machtiging waren die contact hebben gezocht met een patiëntenvertrouwenspersoon, op een aantal van 1267 patiënten met een voorwaardelijke machtiging (2,5%). Dit percentage ligt beduidend lager dan bij patiënten met een inbewaringstelling of met een rechterlijke machtiging. In 2003 verricht onderzoek door de Stichting PVP laat zien dat 13,9% van de patiënten met een lbs en 35,2% van patiënten met een RM gebruik maakte van de patiëntenvertrouwenspersoon. Volgens de registratie van de stichting waren van de 32 patiënten met een voorwaardelijke machtiging er bovendien 18 reeds opgenomen op het moment waarop zij contact zochten met de patiëntenvertrouwenspersoon.

De Stichting PVP stelt dat patiënten met een voorwaardelijke machtiging lastig te benaderen zijn. Ze hebben volgens hen uitsluitend contact met de ambulante behandelaar. Gekozen was daarom om de informatievoorziening te laten verlopen via advocaten. Er zijn een paar duizend kaarten gedrukt die verspreid werden onder advocaten. Dit heeft echter onvoldoende effect gesorteerd, waarop de stichting hiermee gestopt is.

De stichting heeft er destijds voor gepleit om in de rechterlijke beschikking niet alleen de naam te vermelden van het aangewezen psychiatrisch ziekenhuis waar betrokkene eventueel wordt opgenomen, maar ook te vermelden dat de patiënt een beroep kan doen op de patiëntenvertrouwenspersoon van dat ziekenhuis. Deze suggestie is destijds niet overgenomen in de wettelijke regeling van de voorwaardelijke machtiging.

Op grond van art. 14a lid 10 moet de behandelaar de patiënt echter wel informeren over de mogelijkheid om van de patiëntenvertrouwenspersoon gebruik te maken. Dit gebeurt op dit moment nog niet of althans onvoldoende. De belangrijkste reden is waarschijnlijk dat behandelaars zelf niet op de hoogte zijn van deze mogelijkheid voor patiënten met een voorwaardelijke machtiging. De stichting vindt dat zij op dit moment nog onvoldoende mogelijkheden heeft om zelf behandelaars hierover te informeren.

De Stichting PVP ziet vier oplossingsrichtingen om het informatieprobleem op te lossen. Allereerst vraagt zij opnieuw aandacht voor haar pleidooi om in de beschikking waarin de voorwaardelijke machtiging wordt verleend te vermelden dat de patiënt een beroep kan doen op de patiëntenvertrouwenspersoon van dat ziekenhuis. Een tweede mogelijkheid zou zijn dat er voor instellingen een wettelijke plicht komt om iedere patiënt *schriftelijk* te informeren over de functie van de

patiëntenvertrouwenspersoon bij patiënten met een voorwaardelijke machtiging. Een derde mogelijkheid zou kunnen zijn dat de geneesheer-directeur, indien een voorwaardelijke machtiging is afgegeven, de patiëntenvertrouwenspersoon op de hoogte stelt van de naam van de verantwoordelijke behandelaar. De patiëntenvertrouwenspersoon kan dan de behandelaar benaderen om de patiënt te informeren over de mogelijkheid om de patiëntenvertrouwenspersoon te raadplegen.

Een vierde mogelijkheid is tot slot dat de patiëntenvertrouwenspersoon een lijst met namen krijgt en de patiënt persoonlijk benadert. Dat laatste is op dit moment nog niet mogelijk. Adresgegevens ontbreken en een lijst met namen zonder toestemming van de patiënt of zonder wettelijke basis vormt een ongeoorloofde inbreuk op het recht op privacy.

“Wij hebben begrepen dat het OM geen verplichting wil aangaan met de Stichting PVP. Het aanleveren van namen kent ook een bezwaar. Wij krijgen geen namen van cliënten omdat dit op gespannen voet staat met de privacy van cliënten. Wij kregen vroeger wel namen van mensen die met een lbs waren opgenomen. Toen de piketregeling kwam en de advocaten geïnformeerd werden over inbewaringstellingen hebben wij besloten dat we geen lijsten met namen meer wilden ontvangen. Het ‘goed’ van de rechtsbescherming woog niet meer op tegen het schenden van de privacy. Wij zouden nu met de cliëntenraden moeten overleggen of het doorgeven van de namen van mensen met een voorwaardelijke machtiging een toelaatbare schending van de privacy is. Wij hebben daar op dit moment geen standpunt in.” (medewerker Stichting PVP)

De Stichting PVP vindt vooralsnog dat contact leggen met de patiëntenvertrouwenspersoon op een afdeling gemakkelijker en anoniemer kan dan in een situatie waarin een patiëntenvertrouwenspersoon zelf een huisbezoek bij een patiënt met een voorwaardelijke machtiging gaat afleggen.

“Contact leggen met de patiëntenvertrouwenspersoon op de afdeling gaat makkelijker en anoniemer; de patiëntenvertrouwenspersoon komt gewoon langs, zegt: ik kom even een kopje koffie drinken. Mensen kunnen een praatje maken. Dat is anoniemer dan wanneer je bij de voordeur aanbelt.”

De conclusie kan getrokken worden dat de patiëntenvertrouwenspersoon thans nog onvoldoende in staat is om een bijdrage te leveren aan de rechtspositie van patiënten met een voorwaardelijke machtiging. Voor een belangrijk deel lijkt dit het gevolg van het feit dat bij patiënten en zorgverleners nog onvoldoende bekend is dat ook ambulante patiënten met een voorwaardelijke machtiging gebruik kunnen maken van de patiëntenvertrouwenspersoon. Bij zorgverleners lijkt op zichzelf voldoende bereidheid aanwezig om de informatievoorziening aan patiënten over dit onderwerp te verbeteren. Een aanpassing in de wet lijkt daarom vooralsnog niet

nodig. Een wettelijke plicht om in de beschikking op te nemen dat een patiëntenvertrouwenspersoon geraadpleegd kan worden, zet naar alle waarschijnlijkheid weinig zoden aan de dijk. De vraag is immers of deze beschikking door patiënten goed gelezen wordt en de informatie de patiënt dan wel zal bereiken. De geringe effecten die uitgaan van een informatievoorziening via de advocaat doet vermoeden dat ook van zo'n standaardtekst in de beschikking tot verlening van de voorwaardelijke machtiging weinig heil valt te verwachten. De meest laagdrempelige methode om aan patiënten kenbaar te maken dat de patiëntenvertrouwenspersoon geraadpleegd kan worden, zou zijn dat de patiëntenvertrouwenspersoon die informatie zelf en mondeling geeft. Voor dit mogelijk is zullen echter wel een aantal praktische problemen moeten worden opgelost.

5.8 Tot slot

In dit hoofdstuk is aan de hand van interviews ingegaan op de vraag wat de ervaringen in de praktijk zijn met het gebruik van de voorwaardelijke machtiging en de toepassing van vrijheidsbeperkingen in ambulante zorgsettings buiten het kader van de Wet Bopz.

De belangrijkste conclusie luidt dat de voorwaardelijke machtiging als instrument om de patiënt ambulant onder drang te kunnen blijven behandelen, goed ontvangen is, al kent de regeling nog kinderziektes. De belangrijkste tekortkomingen worden thans reeds ondervangen in de voorgenomen aanpassingen in de wet.

Desalniettemin is er nog een aantal zaken dat nader aandacht behoeft. In het volgende hoofdstuk wordt hierop dieper ingegaan. Tevens zal worden stilgestaan bij de vraag in hoeverre er meer regelgeving nodig is met betrekking tot dwang en drang buiten het kader van de Wet Bopz.

6. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

6.1 Inleiding

De Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen is van oudsher gericht op toepassing binnen de instellingsmuren. De wet regelt de externe rechtspositie (opneming) en interne rechtspositie (rechten van de patiënt en mogelijkheden tot dwangbehandeling na opneming). Met de invoering van de voorwaardelijke machtiging op 1 januari 2004 heeft de wet ook toepassingsmogelijkheden buiten de muren van het psychiatrisch ziekenhuis gekregen. De regeling van de voorwaardelijke machtiging is terug te vinden in de artikelen 14a tot en met 14 g Wet Bopz en is geïntroduceerd als behandelinstrument voor patiënten die met enige drang buiten de instelling goed kunnen functioneren. Een tweede doelstelling was een einde te maken aan de paraplu-machtiging, waarbij het voorwaardelijk ontslag oneigenlijk gebruikt werd.

In dit onderzoek staat de evaluatie van de wettelijke regeling van de voorwaardelijke machtiging centraal. Daarnaast roept het doorbreken van de scheiding ambulante/intramuraal de vraag op wat er buiten het kader van de Wet Bopz in extramurale settings gebeurt aan dwang- en drangtoepassingen bij psychiatrische patiënten. Hiervoor is dan echter niet de Wet Bopz, maar primair de Wgbo het geldende juridische kader.

De volgende vragen liggen aan dit onderzoek ten grondslag:

- Wat heeft de wetgever bedoeld met de invoering van de voorwaardelijke machtiging en beantwoordt de praktijk hieraan?
- Op welke punten is met betrekking tot de voorwaardelijke machtiging en de toepassing van dwang en drang buiten de instelling verbetering mogelijk, en welke oplossingsrichtingen dienen zich aan?
- In welke mate kan vanuit de Wgbo een oplossing worden gevonden voor problemen die de Wet Bopz oproept, en hoe kijkt de praktijk hier tegenaan?

6.2 Onderzoeksmethoden

De dataverzameling voor dit onderzoek vond plaats langs drie wegen. Allereerst is een literatuurstudie verricht, waarbij kamerstukken, jurisprudentie, andere onderzoeksrapporten naar het functioneren van de voorwaardelijke machtiging, en artikelen over de voorwaardelijke machtiging bestudeerd zijn. Doel van deze studie was een beeld te verkrijgen van de beweegredenen voor de regeling van de voorwaardelijke machtiging, van de reikwijdte van deze regeling, en van de knelpunten die uit de literatuur naar voren komen.

In de tweede plaats is gebruik gemaakt van kwantitatieve onderzoeksmethoden. Door middel van een enquête, gezamenlijk met de andere deelonderzoekers van de derde Bopz-evaluatie, zijn gegevens verzameld over motieven voor toepassing van de voorwaardelijke machtiging, de frequentie waarin van het instrument gebruik wordt gemaakt en knelpunten die bij het gebruik ervan worden ervaren. De enquête

is voorgelegd aan behandelaars – voor de evaluatie van de voorwaardelijke machtiging ging het hierbij met name om behandelaars die in de ambulante sector werkzaam zijn – aan rechters, aan officieren van justitie en aan advocaten. In de derde plaats zijn kwalitatieve onderzoeksmethoden gehanteerd. Allereerst konden respondenten in de enquête ook enkele open vragen beantwoorden, welke kwalitatief zijn verwerkt. Verder zijn semi-gestructureerde interviews gehouden met psychiaters, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, geneesheer-directeuren of eerste geneeskundigen, patiënten, familieleden, rechters, advocaten en officieren van justitie. Ook werd een medewerker van het Ministerie van VWS geïnterviewd, die nauw betrokken is geweest bij de totstandkoming van de wettelijke regeling van de voorwaardelijke machtiging. De respondenten uit het veld van de psychiatrie zijn geselecteerd uit de circuits volwassenenpsychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie, forensische psychiatrie en verslavingszorg/dubbele-diagnoseproblematiek. De interviews zijn gehouden in acht instellingen verspreid door het hele land. Enkele instellingen bevonden zich in de grote steden, enkele in middelgrote steden en enkele in kleine steden of dorpen. In totaal zijn 29 interviews gehouden. Ter toetsing van de uitkomsten van het onderzoek is op 24 november 2006 een invitational conference gehouden, waarin de deelnemers gevraagd werd te reflecteren op de resultaten van het onderzoek aan de hand van stellingen en een korte toelichting. De reacties van de deelnemers zijn verwerkt in het rapport.

6.3 Analyse dataverzameling

De analyse van de dataverzameling heeft plaatsgevonden aan de hand van een aantal thema's. Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste bevindingen.

6.3.1 Frequentie gebruik

Volgens de cijfers uit Bopzis-4 wordt sinds de invoering van de voorwaardelijke machtiging frequent gebruik gemaakt van dit instrument.¹⁰⁷ In 2004 bedroeg het aantal voorwaardelijke machtigingen 879 op een totaal van 7754 rechterlijke machtigingen in de psychiatrie (11,3%), terwijl in 2005 1267 voorwaardelijke machtigingen werden verleend op een totaal van 8167 (15,5%). In 2004 was volgens onderzoek van de inspectie 3% van het totaal aantal rechterlijke machtigingen nog een paraplumachtiging. Aan deze mogelijkheid is door de Hoge Raad in zijn arrest van 11 november 2005 definitief een einde gemaakt, waardoor pas over 2006 een volledig inzicht kan worden gegeven over de mate waarin van de voorwaardelijke machtiging gebruik gemaakt wordt. Op het moment van afronden van dit rapport zijn die cijfers nog niet beschikbaar.

Uit de interviews komt naar voren dat veel instellingen in de loop van 2004 voor het

107

Zie Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004); Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005).

eerst kennis hebben gemaakt met de voorwaardelijke machtiging en dit instrument in 2005 vaker zijn gaan gebruiken. Verschillende instellingen melden dat in het begin nog vaker de paraplumachtiging werd gebruikt, toen dit door de rechter nog werd toegelaten. De belangrijkste reden hiervoor was het feit dat de patiënt gemakkelijker kon worden opgenomen als hij zich niet aan de voorwaarden hield. In een van de volgende paragrafen wordt hierop teruggekomen. Respondenten melden desgevraagd dat de voorwaardelijke machtiging nog wel vaker zou kunnen worden ingezet dan nu het geval is. Zij hebben het idee dat veel behandelaars nog huiverig zijn voor het aanvragen van een voorwaardelijke machtiging, omdat zij er onvoldoende mee bekend zijn.

6.3.2 Doelgroep

De voorwaardelijke machtiging blijkt het meeste geschikt en vrijwel uitsluitend te worden toegepast bij patiënten die reeds goed bekend zijn bij de behandelaars. Vrijwel alle respondenten vinden dit gegeven een randvoorwaarde voor het opleggen van een voorwaardelijke machtiging. Pas als een adequate inschatting gemaakt kan worden of de patiënt met het opgestelde behandelingsplan en de bijbehorende voorwaarden goed buiten de instelling kan functioneren, zal het opleggen van een voorwaardelijke machtiging worden overwogen. Bij nieuwe patiënten is dit doorgaans niet goed mogelijk.

Meestal gaat het om chronische psychiatrische patiënten die in een cyclisch proces zitten van al dan niet gedwongen verblijf in de instelling, verblijf buiten de instelling onder drang (ontslagen onder voorwaarden of met een voorwaardelijke machtiging), een periode waarin het goed gaat zonder een maatregel en een periode waarin het minder gaat en wederom enige maatregel nodig is. Patiëntengroepen die het meeste worden genoemd zijn patiënten met schizofrenie, patiënten met psychotische stoornissen en patiënten met bipolaire stoornissen. Minder eensluidend wordt gedacht over de geschiktheid van de voorwaardelijke machtiging voor patiënten met verslavingsproblematiek. Sommige respondenten vinden de voorwaardelijke machtiging voor deze patiënten geen geschikt instrument, terwijl anderen wel mogelijkheden zien voor patiënten uit deze groep. Ongeschikt lijkt de voorwaardelijke machtiging voor patiënten uit de forensische psychiatrie. Respondenten vinden de voorwaardelijke machtiging niet passen bij de specifieke problematiek die hoort bij deze patiëntengroep en passen die hierbij dan ook niet toe.

Daarnaast is er een kleinere groep patiënten die geen chronische problematiek hebben, maar die na een onvrijwillig verblijf in het ziekenhuis als gevolg van een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging eerst zijn ontslagen onder voorwaarden. Voor deze patiënten komt het volledig loslaten veelal nog te vroeg en een voorwaardelijke machtiging is dan een laatste stap in het proces naar weer volledig zelfstandig functioneren.

In de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt de voorwaardelijke machtiging op een ietwat andere wijze ingezet. Hier wordt de voorwaardelijke machtiging vaker gebruikt als

mogelijke tussenstap voordat een volledig gedwongen opname plaatsvindt. In deze fase kan dan worden bekeken of de drang die uitgaat van de voorwaardelijke machtiging voldoende is om de patiënt buiten de muren van het psychiatrisch ziekenhuis te houden. Een grote rol hierbij speelt dat ouders, die veelal nog bij de zorg betrokken zijn, vroegtijdig kunnen signaleren als de geestelijke toestand van de patiënt verslechtert, waarna gemakkelijker dan in de volwassenenpsychiatrie kan worden ingespeeld op deze verandering. Voor de kinder- en jeugdpsychiatrie geldt echter, net als in de volwassenenpsychiatrie, dat het voor de toepassing van een voorwaardelijke machtiging noodzakelijk is dat de patiënt bekend is bij de behandelaar, zodat deze een inschatting kan maken of de op te leggen maatregel succesvol zal zijn.

Het initiatief voor een voorwaardelijke machtiging wordt meestal door de behandelend psychiater genomen. In een enkel geval komt een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige met het voorstel daartoe. In de rechtszaal komt het wel eens voor dat eerst een andere maatregel wordt verzocht en de advocaat of de rechter dan met het voorstel komen om een voorwaardelijke machtiging aan te vragen.

6.3.3 **Behandelingsplan en op te leggen voorwaarden**

De basis van de voorwaardelijke machtiging wordt gevormd door het behandelingsplan en de bijbehorende voorwaarden. Het behandelingsplan moet de therapeutische middelen bevatten die worden ingezet om het gevaar buiten het psychiatrisch ziekenhuis af te wenden. De behandeling mag niet met fysieke dwang worden afgedwongen. Dwangbehandeling is uitsluitend mogelijk binnen de muren van het psychiatrisch ziekenhuis. De meeste voorwaarden die in de praktijk worden geformuleerd hebben betrekking op de medicatie die moet worden ingenomen en op de behandelcontacten. Bij patiënten met een verslaving worden ook wel afspraken gemaakt over drank- of drugsgebruik. Omdat in de jurisprudentie één uitspraak is aangetroffen, waarbij als voorwaarde was geformuleerd dat de betrokken patiënt diende te wonen in een RIBW, is specifiek gevraagd of behandelaars soortgelijke voorwaarden aan patiënten opleggen. Dit bleek niet het geval te zijn.

Voorwaarden die zijn te kenschetsen als vrijheidsbeperkend worden – buiten het gebruik van sederende medicatie en andere psychofarmaca – niet veel aangetroffen. Straatverboden en andere plaatsverboden komen wel af en toe voor.

Over de wijze waarop de voorwaarden behoren te worden geconstrueerd lopen de meningen uiteen. Sommigen vinden dat de voorwaarden open moeten worden geformuleerd, omdat medicatie, zowel het middel als de hoeveelheid, en contactfrequentie continu moeten worden aangepast, afhankelijk van de conditie van de patiënt. Anderen zijn van mening dat exact omschreven voorwaarden beter zijn. De patiënt moet weten waar hij aan toe is. De meest werkbare voorwaarden lijken het midden te houden tussen open en strak geformuleerd.

Respondenten ervaren dat rechters goed letten op de formulering van de voor-

waarden. Te open geformuleerde voorwaarden worden afgekeurd. In het algemeen vinden de respondenten het prettig dat de rechter naar de voorwaarden kijkt. In de gevallen dat de voorwaarden werden afgekeurd, vond men dit achteraf ook terecht.

In het onderzoek valt op dat het onderscheid tussen voorwaarden die bij het behandelingsplan worden opgesteld en voorwaarden die door de rechter worden opgelegd, niet helder is. Er lijkt ook nauwelijks behoefte te bestaan aan voorwaarden die apart worden opgelegd. Zoals gezegd vinden behandelaars het ook belangrijk dat flexibel kan worden omgegaan met voorwaarden. Het komt dan ook niet voor dat een wijziging van het behandelingsplan of bijbehorende voorwaarden wordt voorgelegd aan de rechter. Dat geldt overigens ook voor het wijzigen van behandelaar. Mogelijk zou het onderscheid tussen beide categorieën voorwaarden en het voorleggen van wijzigingen aan de rechter daarom kunnen vervallen.

6.3.4 Procedure

Uit eerdere onderzoeken komt naar voren dat de procedure van de voorwaardelijke machtiging twee belangrijke knelpunten kent. Dat betreft in de eerste plaats het feit dat de patiënt een informed consent moet geven voor het behandelingsplan en de daarin gestelde voorwaarden, alvorens een voorwaardelijke machtiging kan worden opgelegd. De kritiek op dit vereiste is dat door deze stringente eis patiënten die geen toestemming geven, maar zich wel aan de voorwaarden houden en daardoor buiten de instelling zouden kunnen vertoeven, buiten het bereik van de voorwaardelijke machtiging blijven. Het gevolg is dan dat hun toestand eerst moet verslechteren, waarna zij gedwongen opgenomen moeten worden.

In de tweede plaats kwam uit eerdere onderzoeken naar voren dat veel zorgverleners moeite hebben met de opnemingsprocedure als de patiënt zich niet aan de opgelegde voorwaarden houdt. Nu is het zo dat vóór een patiënt kan worden opgenomen deze eerst onderzocht moet worden door de geneesheer-directeur of door een niet bij de behandeling betrokken psychiater. Indien het onderzoek door een niet bij de behandeling betrokken psychiater wordt verricht, moet deze een schriftelijke verklaring geven. De kritiek op deze procedure is dat zij veel te omslachtig is. Daardoor is het voor behandelaars soms gemakkelijker om een inbewaringstelling aan te vragen dan om de omzettingsprocedure te volgen die bij de voorwaardelijke machtiging hoort.

Met betrekking tot zowel het informed consent-vereiste als de opnemingsprocedure zijn reeds voorstellen tot wetswijziging gedaan. Het eerste voorstel luidt dat de rechter een voorwaardelijke machtiging kan verlenen, als een behandelingsplan wordt overgelegd dat na overleg met de betrokkene door de psychiater, die verantwoordelijk zal zijn voor de behandeling, is opgesteld. Het vertrouwen moet dan bestaan dat de patiënt de opgelegde voorwaarden zal naleven. Het tweede voorstel behelst een sterke vereenvoudiging van de opnemingsprocedure. De aanpassing komt erop neer dat de geneesheer-directeur zelf besluit hoe de

opneming wordt gerealiseerd, louter op basis van informatie van de behandelaar of na onderzoek door hemzelf of iemand anders.

Onlangs is naar aanleiding van de behandeling van de voorstellen in de Tweede Kamer een derde wijzigingsvoorstel gedaan, waarbij een vrijwillige opneming voor een periode van maximaal drie dagen werd uitgesloten van de omzettingsprocedure. Gedurende drie dagen kon een patiënt met een voorwaardelijke machtiging vrijwillig in het psychiatrisch ziekenhuis verblijven. Verbleef hij langer, dan volgde alsnog een omzetting. Dit voorstel heeft het niet gehaald. Een amendement waarbij de patiënt die zich vrijwillig laat opnemen zijn voorwaardelijke machtiging behoudt, is inmiddels wel aangenomen door de Tweede Kamer.¹⁰⁸

Alle drie de onderwerpen voor de wijzigingsvoorstellen zijn in de verschillende onderzoeksfases aan de orde geweest. Hieronder worden ze achtereenvolgens behandeld.

6.3.4.1 *Informed consent-vereiste*

Het merendeel van de respondenten, zowel bij de enquête als bij de interviews, is van mening dat het voor het opleggen van een voorwaardelijke machtiging niet noodzakelijk is informed consent te verkrijgen van de patiënt bij het vaststellen van een behandelingsplan en de bijbehorende voorwaarden. Opmerkelijk is dat dit ook wordt gezegd door patiënt-respondenten en vertegenwoordigers van cliënten-organisaties. Daarentegen vinden vrijwel alle respondenten, zowel zorgverleners als patiënten, dat het wenselijk is die overeenstemming wel zoveel mogelijk te bereiken. Iedere vorm van dwang of drang kan zijn weerslag hebben op de mate waarin er vertrouwen is in de behandelrelatie, en ten koste gaan van het succes van die behandeling. Desalniettemin is drang gerechtvaardigd als daarmee ingrijpendere maatregelen (dwangopneming, dwangbehandeling) kunnen worden voorkomen. Als informed consent niet meer vereist is, is het echter wel noodzakelijk dat behandelaar en rechter extra kritisch onderzoeken of de voorwaardelijke machtiging echt noodzakelijk is.

Uit de kamerstukken komt naar voren dat bij wijziging van het behandelingsplan wél expliciete toestemming van de patiënt vereist blijft. De Tweede Kamer heeft destijds een motie aangenomen, om te onderzoeken of oneigenlijk gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid om in gemeenschappelijk overleg het behandelingsplan te wijzigen, dus zonder dat de rechter daaraan te pas komt.¹⁰⁹ In dit onderzoek zijn daarvoor geen aanwijzingen gevonden. Wel is het zo dat verzoeken tot wijziging van het behandelingsplan nauwelijks aan de rechter worden voorgelegd. Kennelijk bestaat in de praktijk weinig behoefte aan de interventie van de rechter. Mogelijk heeft de wetgever hier een te zorgvuldige regeling willen bieden.

108 Kamerstukken II, vergaderjaar 2006-2007, 30 492, nr. 10.

109 Kamerstukken II, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, nr. 33. Zie § 3.2.

Voor de groep patiënten die niet in staat zijn om informed consent te geven voor het behandelingsplan behorende bij de voorwaardelijke machtiging of die dit niet wensen, maar die zich wel aan de opgelegde voorwaarden houden, kan het overigens zeer onpraktisch zijn wanneer iedere keer toestemming aan de rechter moeten worden gevraagd. Bij veel patiënten moet bijvoorbeeld dikwijls de aard of de hoeveelheid van de medicatie worden bijgesteld. Dit probleem kan door de behandelaar worden ondervangen door meer algemene voorwaarden te formuleren, maar het is de vraag of de patiënt daarmee gebaat is. Een andere mogelijkheid is om de behandelaar wél de mogelijkheid te geven om het behandelingsplan te wijzigen. Als de patiënt het niet met de wijziging eens is, kan hij immers op grond van art. 14b lid 3 Wet Bopz alsnog besluiten om deze wijziging aan de rechter voor te leggen, eventueel met behulp van de patiëntenvertrouwenspersoon.

6.3.4.2 *Opneming van personen met een voorwaardelijke machtiging*

Net als bij de eerder verrichte onderzoeken naar het functioneren van de voorwaardelijke machtiging, verzochten ook de respondenten in dit evaluatieonderzoek dat de procedure tot opneming, als de patiënt zich niet aan de voorwaarden houdt, omslachtig is. De grootste knelpunten deden zich vooral bij de introductie van de voorwaardelijke machtiging voor. De meeste instellingen werken met een onafhankelijke psychiater die een schriftelijke verklaring moet opstellen, alvorens kan worden opgenomen. In de eerste periode na invoering was het lastig deze tijdig in te schakelen, waardoor er soms wel een week of langer overheen kon gaan voordat een patiënt werd opgenomen. Om die reden greep men wel eens terug op de lbs-procedure, omdat dit sneller te realiseren was dan een omzetting. Desgevraagd zeggen alle respondenten dat dit nu niet meer voorkomt, omdat de omzettingsprocedure zodanig is aangepast dat deze op zijn minst net zo snel als een inbewaringstelling, maar vaak nog sneller kan worden toegepast. Met name instellingen waar de geneesheer-directeur de beoordelingen zelf doet, of plaatsvervangers heeft aangesteld die gemachtigd zijn om de beoordeling te doen, geven aan dat de opneming snel gerealiseerd kan worden. Op deze plaatsen behoeft dan niet meer een aparte schriftelijke verklaring te worden opgesteld door een niet bij de behandeling betrokken psychiater. Vooral in de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt op deze manier gewerkt.

Als de huidige procedure op zichzelf niet meer zoveel problemen oplevert, rijst de vraag of het nog wel noodzakelijk is om de wet op dit onderdeel aan te passen. Respondenten die nu niet of nauwelijks problemen zeggen te hebben met de omzettingsprocedure, achten dit niet nodig. Zij hechten aan een onafhankelijke beoordeling, omdat opneming een grote inbreuk maakt op de vrijheid van de patiënt.

Voorstanders van aanpassing van de wet, geven aan dat de behandelaar het beste kan beoordelen of opneming noodzakelijk is. De beslissing tot opneming is niet het

gevolg van het feit dat iemand één van de voorwaarden een keer niet naleeft. Het gaat om een neerwaarts proces waarin het steeds slechter gaat met een patiënt, waarin hij zich stelselmatig niet meer houdt aan opgelegde voorwaarden als medicijngebruik of contacten met zorgverleners. Een opneming is daarom op een gegeven moment onvermijdelijk. Het gaat bovendien in het algemeen om chronische patiënten, bij wie opneming van tijd tot tijd noodzakelijk is. Het betreft dus geen nieuwe situatie, maar een die zich op gezette tijden voordoet. De rechter heeft zich op voorhand reeds uitgesproken over de legitimiteit van een eventuele opneming. Extra onderzoeken zijn voor de patiënt meer belastend dan een rechtswaarborg. De conclusie is dat de voorgestelde verbetering weliswaar een snellere opneming garandeert, maar het behandelaars wellicht iets te gemakkelijk maakt om zelf op te nemen. Een toets *achteraf* lijkt bij de meeste respondenten, zowel zorgverleners als patiënten, de voorkeur te hebben, bijvoorbeeld in de vorm van een persoonlijke beoordeling door de geneesheer-directeur (of een plaatsvervanger) na opneming van de patiënt. Verder verdient het aanbeveling een plicht in de wet op te nemen om de advocaat te informeren over de opneming van de patiënt en uitdrukkelijk te wijzen op de mogelijkheid dat de rechtmatigheid van de opneming ter toetsing kan worden voorgelegd aan de rechter.

6.3.4.3 *Conversie, verlenging en de mogelijkheid vrijwillig op te nemen*

Het gevolg van een opneming is thans dat de voorwaardelijke machtiging van rechtswege wordt omgezet in een voorlopige. Uit het onderzoek blijkt dat deze constructie nogal wat bezwaren kent. In de eerste plaats is het zo dat er nogal wat patiënten zijn met een chronische aandoening die ziekte-inzicht hebben en daarom zelf besluiten om te worden opgenomen in de instelling. Voor deze patiënten past het niet dat hun vrijwillige keuze tot gevolg heeft dat hun verblijf van rechtswege wordt omgezet in een onvrijwillige verblijfsstatus. Inmiddels is dit ook vanuit de Tweede Kamer gesignaleerd: een op 15 februari 2007 door de Tweede Kamer aangenomen amendement maakt het mogelijk dat een patiënt met een voorwaardelijke machtiging die zich vrijwillig laat opnemen, zijn vrijwillige verblijfsstatus én zijn voorwaardelijke machtiging behoudt. In de tweede plaats heeft de omzetting voor patiënten die onvrijwillig worden opgenomen tot gevolg dat na afloop van de voorlopige machtiging die dan geldt, slechts opnieuw een voorwaardelijke machtiging voor zes maanden kan worden aangevraagd. Patiënten bij wie dit speelt, worden meestal kortdurend opgenomen, waarna zij weer ontslagen worden onder voorwaarden. Het gaat zoals gezegd om chronische patiënten. Een en ander heeft tot gevolg dat zij iedere zes maanden door een rechter worden beoordeeld en dat in die periode minimaal twee keer een geneeskundige verklaring moet worden afgegeven, waarvoor bijbehorende onderzoeken moeten worden gedaan. Voor patiënten is dit zeer belastend, zo wordt niet alleen aangegeven door respondenten uit de zorgverlening, maar ook door patiënten zelf, alsmede door cliëntenorganisaties. Respondenten vinden het wel

wenselijk dat de rechter geregeld toetst of een opgelegde maatregel nog nodig is. Zij achten een periode van eenmaal per jaar denkbaar, waarbij de rechter uiteraard in individuele gevallen kan besluiten om een patiënt vaker te zien als hij van oordeel is dat dit wenselijk is.

Enkele respondenten wijzen erop dat de advocaat van de patiënt noch de patiëntenvertrouwenspersoon, automatisch worden geïnformeerd wanneer een voorwaardelijke machtiging wordt omgezet in een voorlopige. Zij zijn van mening dat dit wel zou moeten gebeuren, zeker als een opname als onterecht ervaren wordt. In overleg met de advocaat kan eventueel besloten worden om de omzetting voor te leggen aan de rechter. Dergelijke procedures worden op dit moment nog maar mondjesmaat gevoerd. Uit de jurisprudentie is tot op heden slechts één geval bekend.

6.3.4.4 *Voorwaardelijke machtiging die een 'verblijfsmachtiging' opvolgt?*

In de praktijk gebeurt het soms dat een (machtiging tot voortzetting van de) inbewaringstelling, een voorlopige machtiging of een machtiging tot voortgezet verblijf afloopt, het reeds duidelijk is dat de betrokken patiënt binnenkort ontslagen kan worden, maar dat het moment waarop de datum verloopt nog net te vroeg komt. De behoefte bestaat dan om een voorwaardelijke machtiging aan te vragen, terwijl uitsluitend een verlenging van de bestaande machtiging mogelijk is. Weliswaar kan de patiënt dan later onder voorwaarden worden ontslagen, maar verschillende respondenten geven aan in zo'n geval de behoefte te hebben ook een voorwaardelijke machtiging te kunnen opleggen. Het behandelingsplan en de op te leggen voorwaarden kunnen dan getoetst worden door de rechter.

6.3.4.5 *Gebruik art. 8a Wet Bopz*

Het onderzoek laat zien dat art. 8a bij de introductie van de voorwaardelijke machtiging vaker werd gebruikt dan thans het geval is. De ene keer paste de rechter deze bepaling uit eigen beweging toe, maar in een aantal gevallen werd hij ook door de advocaat van de betrokken patiënt geattendeerd op de mogelijkheid van het opleggen van een andere machtiging dan de verzochte.

Een eerste reden waarom de bepaling nu minder wordt toegepast is dat behandelaars en officieren van justitie beter weten wat de mogelijkheden zijn en daarom om de juiste maatregel verzoeken.

Een belangrijker ontwikkeling is echter dat in de praktijk de gewoonte lijkt te groeien om in meer gevallen dan nu subsidiaire maatregelen te verzoeken, zodat ter zitting door de rechter kan worden bepaald wat de meest passende machtiging is. Er blijkt in de praktijk behoefte aan meer ruimte voor de rechter om op maat te beslissen. De vraag rijst dan ook of het niet wenselijk zou zijn om de rechter toch de bevoegdheid te geven om zelfstandig ter zitting tot een andere maatregel te besluiten dan de oorspronkelijk verzochte, indien blijkt dat deze meer passend is. De subsidiaire

verzoeken vormen een onnodig grote belasting voor zorgverleners, officier van justitie en ook de betrokken patiënt. Een ander verzoek brengt met zich mee dat in beginsel ook een andere geneeskundige verklaring moet worden overgelegd. De bureaucratie die dit alles met zich meebrengt, is in de praktijk moeilijk uit te leggen. De essentie van het voorleggen van een verzoek aan de rechter is dat er een onafhankelijke toets plaatsvindt. Men acht een rechter zeer wel in staat om ter zitting in overleg met betrokkenen te laten besluiten dat een andere maatregel meer geschikt is. Onderzoekers wijzen erop dat het ook op andere plaatsen aan de rechter is toegestaan om een lichtere maatregel dan verzocht uit te spreken. Zo kan de rechter wanneer een verzoek tot curatele voorligt ambtshalve overgaan tot het uitspreken van een mentorschap of een bewind (art. 1: 432 lid 2 en 451 lid 3 BW). Te verdedigen valt dan ook dat waar primair een voorlopige machtiging verzocht is de rechter ter zitting een voorwaardelijke machtiging kan verlenen, indien hij zitting vaststelt dat aan alle voorwaarden voor die machtiging is voldaan.

Overigens komt ook voor dat bij de zitting ter behandeling van het verzoek tot voortzetting van de inbewaringstelling, de patiënt al zodanig is opgeknapt dat hij grote delen van de dag en een enkele nacht al thuis verblijft. Ook in een dergelijk geval is het meer passend om – wanneer een machtiging als vinger aan de pols nog wel is vereist – ter zitting de voorwaarden behorende bij het behandelingsplan en de duur van de te verlenen voorwaardelijke machtiging te kunnen bespreken. Daarnaast valt te denken aan de situatie dat een voorwaardelijke machtiging is verzocht, maar ter zitting blijkt dat niet aan de voorwaarden voor het uitspreken van deze machtiging wordt voldaan. Wellicht heeft de officier van justitie het verzoek ingediend omdat er een behandelingsplan voorlag dat was ondertekend door een psychiater en de patiënt, maar ook komt het voor dat de officier van justitie overgaat tot het indienen van een verzoek wanneer er een behandelingsplan voorligt dat is getekend door alleen de psychiater. De wet vereist immers geen handtekening van de patiënt op het behandelingsplan. Ter zitting kan blijken dat de vereiste instemming ontbreekt of – en dat komt ook wel voor – de patiënt er niet is. Het gaat dan om zorgmijdende patiënten die de voorwaarden wel nakomen, maar een confrontatie met de rechter uit de weg gaan. Een enkele keer wordt in een dergelijke situatie een voorwaardelijke machtiging verleend, eventueel van korte duur, omdat aan de hand van de opmerkingen van de behandelaar en de advocaat de rechter heeft kunnen vaststellen dat aan de voorwaarden voor het verlenen van een voorwaardelijke machtiging is voldaan. Het alternatief is het afwijzen van het verzoek of het aanhouden van de behandeling ervan. Een huisbezoek ligt niet voor de hand, nu bij een verzoek om een voorwaardelijke machtiging verwacht mag worden dat de patiënt in ieder geval op de zitting zou willen verschijnen. Indien ook een verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging of een machtiging voortgezet verblijf zou voorliggen, zou de rechter bij afwezigheid van instemming of van de patiënt zelf, een voorlopige machtiging of een machtiging voortgezet verblijf kunnen verlenen, waarbij hij het aan de behandelaar en het ziekenhuis overlaat de duur van de opnemingen te bepalen.

Een complicatie is wel dat het ‘schakelen’ met een subsidair verzoek niet gemakkelijk verloopt. Wanneer de patiënt bijvoorbeeld met voorwaardelijk ontslag thuis verblijft, spreekt het niet vanzelf dat de officier een verzoek om een machtiging voortgezet verblijf zal indienen. De patiënt verblijft immers niet in het ziekenhuis.

6.3.5 Toezicht

Opgelegde voorwaarden zijn alleen effectief als er voldoende toezicht is op de naleving ervan. De meeste respondenten zijn van mening dat voorwaarden niet behoren te worden opgelegd als men niet controleert of patiënten zich eraan houden. De wijze waarop het toezicht wordt georganiseerd, is afhankelijk van verschillende factoren, zoals het type instelling, de zorgvisie, de gezondheids-toestand en de zorgbehoeften van de patiënt, en de omgeving (familie en/of vrienden) van de patiënt. De betrokkenheid van familie bij de behandeling en het toezicht op de patiënt wordt uitermate belangrijk gevonden. Als het slechter gaat met de patiënt, wordt dit vaak door de familie eerder gesignaleerd dan door de professionele zorgverleners. Toch vinden de meeste respondenten dat die rol niet geformaliseerd behoort te worden, vooral niet als het gaat om het houden van toezicht, omdat dit ten koste kan gaan van de vertrouwensband tussen patiënt en familie.

6.3.6 Dwang en drang buiten het Bopz-kader

Aan alle zorgverleners is de vraag voorgelegd in hoeverre men dwang en drang toepast op psychiatrische patiënten die extramuraal verblijven, zonder enige maatregel op grond van de Wet Bopz, dus zonder ontslag onder voorwaarden of een voorwaardelijke machtiging.

Dwang komt niet of zeer sporadisch voor. In een heel enkel geval gebeurt het in een noodsituatie. Vrijwel altijd wordt iemand vervolgens met behulp van een lts opgenomen. Enkele psychiaters worden ook wel geconsulteerd in algemene ziekenhuizen op somatische afdelingen. Hier is dwang vaker aan de orde. Uit een onderzoek naar vrijheidsbeperkingen bij psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is, bleek eveneens dat vrijheidsbeperkingen al dan niet onder dwang in algemene ziekenhuizen geregeld aan de orde zijn.¹¹⁰

Drangtoepassingen komen vaker voor. Drang kan bijvoorbeeld worden toegepast door te dreigen met een rechterlijke machtiging indien niet wordt meegewerkt aan een behandeling. Enkele respondenten geven als voorbeeld dat een patiënt met verslavingsproblematiek pas zakgeld krijgt als hij zijn depotmedicatie heeft ingenomen. Zo zijn er tal van voorbeelden waarbij wel enige druk op de patiënt

110 Arends (2004).

wordt uitgeoefend om hem mee te laten werken aan zijn behandeling. Men heeft bij drangtoepassingen niet het gevoel dat men de wet (Wgbo) overtreedt.

Vrijheidsbeperkingen die het meest in het behandelingsplan buiten het Bopz-kader worden opgenomen, zijn sederende medicatie of psychofarmaca, en verplichte behandelcontacten met psychiater en/of sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Dit is vergelijkbaar met de voorwaarden die bij het behandelingsplan van de voorwaardelijke machtiging worden opgesteld.

Op de vraag of dwang- en drangtoepassingen buiten de instelling en/of in het kader van de Wet Bopz nader wettelijk geregeld moeten worden, reageren respondenten zeer aarzelend. Vrijwel allen wijzen op het legitimerende effect dat hiervan uit zou kunnen gaan. 'Elk aanbod scheidt zijn eigen vraag'. Aan de andere kant wordt erkend dat dwangbehandeling een gedwongen opname soms zou kunnen voorkomen. Het is echter de vraag welk middel dan meer inbreuk maakt op de rechten van de patiënt. Sommigen zeggen dat het ingrijpender is om iemand in de thuissituatie gedwongen te behandelen, dan om deze persoon even gedwongen op te nemen, daar de medicatie te verstrekken en vervolgens weer te ontslaan. Anderen vinden de gedwongen opname ingrijpender. De meningen over dit onderwerp lopen dus uiteen. De conclusie is dat het nu weinig voorkomt en dat de behoefte om dit wettelijk te regelen op dit moment niet groot is. Als het al wettelijk geregeld zou moeten worden, behoort volgens de respondenten een uiterst zorgvuldige procedure te worden gevolgd. Ook de rechter zou daarbij een rol moeten spelen. Het is dan echter de vraag of de procedure niet zo zwaar wordt, dat die op zichzelf ook een grote belasting vormt voor de patiënt, vergelijkbaar met even opnemen, behandelen en weer ontslaan. Mocht overwogen worden om een dergelijke procedure toch in te voeren, dan is het wenselijk meer onderzoek te doen naar de effecten van dwangbehandeling in de thuissituatie en naar de juridische waarborgen die daarbij dan geboden zouden moeten worden.

6.3.7 Klachtrecht en de rol van de patiëntenvertrouwenspersoon

Het feit dat de patiëntenvertrouwenspersoon volgens art. 14a lid 6 Wet Bopz een rol heeft bij patiënten voor wie een voorwaardelijke machtiging geldt, leeft op dit moment nog in het geheel niet in de praktijk. Zorgverleners zijn in het algemeen niet op de hoogte van de rol van de patiëntenvertrouwenspersoon bij deze groep patiënten. Patiënten zijn weliswaar bekend met het bestaan van de patiëntenvertrouwenspersoon, vanwege een eerdere opname in het psychiatrisch ziekenhuis, maar weten niet dat deze voor hen ook beschikbaar is met een voorwaardelijke machtiging buiten de instelling. Er worden geen speciale activiteiten ontplooid om hierover informatie te verlenen, noch door zorgverleners, noch door patiëntenvertrouwenspersonen zelf. Bereidheid om hier verandering in te brengen is er echter wel. Veel respondenten zeggen dat zij niet op de hoogte waren van deze mogelijkheid voor patiënten, geven aan dit binnen de instelling aan te kaarten en hierover gericht te gaan informeren. Ook de Stichting PVP gaat stappen ondernemen

om de mogelijkheid van bijstand door de patiëntenvertrouwenspersoon meer onder de aandacht te brengen van patiënten met een voorwaardelijke machtiging. Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn dat een patiëntenvertrouwenspersoon tenminste één bezoek brengt aan mensen met een voorwaardelijke machtiging. Het verstrekken van informatie is waarschijnlijk niet voldoende omdat de afstand tussen patiënt en patiëntenvertrouwenspersoon, die veelal in het psychiatrisch ziekenhuis is te bereiken, nu te groot is. Organisatorisch hoeft dit geen probleem te zijn, omdat er zelden meer dan tien patiënten gelijktijdig met een voorwaardelijke machtiging gerelateerd zijn aan één instelling.

Ook de mogelijkheid gebruik te maken van klachtenregelingen, is niet bekend bij patiënten. Overigens geldt voor patiënten met een voorwaardelijke machtiging tot nog toe uitsluitend de Wkcz-klachtenprocedure. De Bopz-klachtenprocedure geldt voor deze patiënten uitsluitend wanneer de machtiging na opname is omgezet in een voorlopige machtiging.

De vraag is of speciale aandacht besteed zou moeten worden aan het feit dat patiënten niet weten dat ze van een klachtenregeling gebruik kunnen maken. Als de rol van de patiëntenvertrouwenspersoon verduidelijkt wordt, verdwijnt dit probleem mogelijk vanzelf.

6.3.8 Slotbeschouwing

In onderstaande slotbeschouwing wordt stilgestaan bij de drie vragen die aan dit onderzoek ten grondslag lagen.

De eerste onderzoeksvraag luidde:

Wat heeft de wetgever bedoeld met de invoering van de voorwaardelijke machtiging en beantwoordt de praktijk hieraan?

De voorwaardelijke machtiging is kort gezegd bedoeld om behandelaars de mogelijkheid te geven om enige drang toe te passen bij de behandeling van patiënten die daarvoor in aanmerking komen, zodat onvrijwillige opnames zoveel mogelijk kunnen worden vermeden. De in de praktijk gegroeide paraplu-machtiging liet zien dat hier een duidelijke behoefte aan bestond. Met de introductie van de voorwaardelijke machtiging beoogde de wetgever een wettelijke basis aan de paraplu-machtiging te geven.

Hoewel respondenten in het algemeen met weemoed terugdenken aan de paraplu-machtiging en aangeven dat hier veel gemakkelijker mee te werken was, kan de slotconclusie van dit onderzoek luiden dat de voorwaardelijke machtiging op zichzelf een welkome machtigingsvariant is.

De tweede onderzoeksvraag was:

Op welke punten is met betrekking tot de voorwaardelijke machtiging en de toepassing van dwang en drang buiten de instelling verbetering mogelijk, en welke oplossingsrichtingen dienen zich aan?

Wat deze tweede onderzoeksvraag betreft moet worden geconstateerd dat de voorwaardelijke machtiging duidelijke kinderziektes kent, waarvan enkele reeds door de wetgever onder handen worden genomen. Te betreuren valt dat de voorgenomen wijzigingen, waarvan duidelijk is dat de praktijk hier grote behoefte aan heeft, zo lang op zich laten wachten. Dit is mogelijk het gevolg van het feit dat deze wijzigingen tegelijk worden behandeld met de voorgenomen verruiming van de dwangbehandelingsregeling in de Wet Bopz.

Het verdient aanbeveling om de wijzigingen van de voorwaardelijke machtiging te scheiden van de overige wijzigingsvoorstellen, zodat de praktijk er binnen zeer afzienbare tijd mee kan gaan werken.

Uit het voorgaande blijkt dat van de drie voorgenomen wijzigingen met name de wijziging van het informed consent-vereiste een brede instemming vindt. De voorgenomen opnemingsprocedure wordt verder eenvoudiger. Behandelaars juichen dit toe, maar de vraag is of de procedure nu niet iets te veel doorschiet ten koste van de rechtsbescherming van de patiënt. De belangrijkste klachten lijken deels het gevolg van het nog niet ingespeeld zijn op de nieuwe situatie. Aan de andere kant is het nodig om een patiënt snel op te kunnen nemen als zijn toestand verslechterd is. Aan te bevelen is daarom om de opnemingsprocedure te laten verlopen als voorgesteld, maar de geneesheer-directeur of diens plaatsvervanger na opneming door middel van een persoonlijk onderzoek een beoordeling te laten geven of de opneming terecht is. Een tweede aanbeveling is dat de advocaat van de patiënt en eventueel de patiëntenvertrouwenspersoon op de hoogte worden gesteld van de opneming, zodat door de patiënt kan worden overwogen of hij de rechtmatigheid van zijn opneming ter toetsing wil voorleggen aan de rechter.

De overige geconstateerde knelpunten van de voorwaardelijke machtiging hebben vrijwel allemaal betrekking op de positie die deze machtiging inneemt in de wet. Voor het veld is de voorwaardelijke machtiging een behandelinstrument dat geschikt is voor een specifieke groep patiënten met een chronische problematiek. De wet onderscheidt verschillende opnemingsmodaliteiten die strikt van elkaar gescheiden zijn, terwijl het veld meer behoefte heeft aan een flexibele inzet van de beschikbare instrumenten. Iemand met een voorwaardelijke machtiging die zich vrijwillig laat opnemen, moet niet geconfronteerd worden met een omzetting in een voorlopige machtiging, ook niet als hij langer dan drie dagen opgenomen blijft. Het moet mogelijk zijn iemand, voor wie duidelijk is dat hij binnen afzienbare tijd ontslagen wordt, na afloop van de huidige machtiging reeds een voorwaardelijke machtiging te verlenen. Opneming van een patiënt met een voorwaardelijke machtiging moet niet

automatisch tot gevolg hebben dat na ontslag wederom slechts een voorwaardelijke machtiging voor een half jaar kan worden verleend. Een eerste machtiging voor een half jaar voldoet, maar machtigingen daarna zouden voor een jaar moeten kunnen worden gegeven, ongeacht welke dat is en mits zich geen bijzondere omstandigheden voordoen.

Het verdient daarom aanbeveling om de toepassingsmogelijkheden van de Wet Bopz zodanig te flexibiliseren dat een machtiging op maat mogelijk is. Mogelijk zou zelfs kunnen worden nagedacht over het vervangen van de voorwaardelijke machtiging en de voorlopige machtiging door een basismachtiging, waarin al dan niet opneming plaatsvindt. Een dergelijke machtiging stelt behandelen op de voorgrond en doet denken aan de regeling van de ondertoezichtstelling in boek 1 BW. Hierin wordt vanwege problemen thuis door de rechter opgelegde hulpverlening gerealiseerd, waarbij afhankelijk van de situatie en enige overeenstemming aan de kant van de ouders een eventuele uithuisplaatsing en opneming tot stand kan komen. Uiteraard dient dan wel in de nodige rechtswaarborgen te zijn voorzien.

Een vervolgvraag is of bij flexibelere toepassingsmogelijkheden ook de dwang- en drangmogelijkheden in de extramurale setting zouden moeten worden uitgebreid. Dit hangt samen met de beantwoording van de laatste onderzoeksvraag:

In welke mate kan vanuit de Wgbo een oplossing worden gevonden voor problemen die de Wet Bopz oproept, en hoe kijkt de praktijk hier tegenaan?

Op basis van dit onderzoek valt geen definitief antwoord op te geven op de vraag in hoeverre de mogelijkheden van dwang en drang in de extramurale setting uitgebreid zouden moeten worden. Op dit moment komt dwang buiten het kader van de Wet Bopz in de ambulante psychiatrie niet of nauwelijks voor. Respondenten zijn wisselend in hun oordeel over de vraag of dwang op deze plaatsen op de lange termijn het therapeutisch juiste effect heeft. Het creëren van dwangmogelijkheden in de wet zal zeer waarschijnlijk tot gevolg hebben dat zij veel vaker zullen worden toegepast. Op basis van dit onderzoek moet daarom vooralsnog geconcludeerd worden dat het niet wenselijk is om dwangmogelijkheden extramuraal uit te breiden. Het verdient echter wel aanbeveling nader onderzoek te doen naar de effecten van dwangtoepassing in relatie tot onvrijwillige opneming en dwangtoepassing. Een tussenvorm zou overigens kunnen zijn dat patiënten poliklinisch dwangbehandeling krijgen.

Dwangtoepassingen buiten het kader van de Wet Bopz komen wel voor bij psychiatrische patiënten in algemene ziekenhuizen. Aangezien de problematiek die hier speelt niet geheel dezelfde is als dwangmogelijkheden thuis, verdient het aanbeveling bij deze instellingen nader onderzoek te doen en te bezien of hier een aparte wettelijke regeling voor getroffen dient te worden, die meer bescherming biedt dan het vigerende kader van de Wgbo. De Wgbo biedt immers wel mogelijkheden tot dwangbehandeling (art. 7: 465 lid 6 BW), maar kent in vergelijking

tot de regeling in de Wet Bopz minder waarborgen. Zo ontbreken bijvoorbeeld de verplichtingen tot registratie en individueel toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Indien al gekozen zou worden voor uitbreiding van de regeling in de Wgbo dan zou deze wet minimaal dezelfde waarborgen behoren te bieden als de Wet Bopz.

Bijlage I: Overzicht bestudeerde jurisprudentie en literatuur

Jurisprudentie

Hoge Raad

1. HR 19 december 2003, *BJ* 2004/3, m.nt. Dijkers en Bröring
2. HR 29 april 2005, *BJ* 2005/15, m.nt. Widdershoven
3. HR 11 november 2005, *BJ* 2006/1, m.nt. Dijkers
4. HR 17 februari 2006, *BJ* 2006/7, m.nt. Bröring
5. HR 24 maart 2006, *BJ* 2006/23, m.nt. Dijkers
6. HR 14 april 2006, *BJ* 2006/25, m.nt. Dijkers
7. HR 2 juni 2006, *BJ* 2006/36
8. HR 6 oktober 2006, *BJ* 2006/47, m.nt. Dijkers
9. HR 17 november 2006, kenmerk R06/120HR, LJN: AZ0141
10. HR 15 december 2006, kenmerk R06/136HR, LJN: AZ 2049

Rechtbanken

11. Rb. Alkmaar 21 april 2004, *BJ* 2004/17, m.nt. Dijkers
12. Rb. Alkmaar 11 augustus 2004, *BJ* 2005/4, m.nt. Biesma
13. Rb. Alkmaar 21 september 2005, *BJ* 2006/9, m.nt. red.
14. Rb. Alkmaar 17 mei 2006, *BJ* 2006/37, m.nt. Dijkers
15. Rb. Alkmaar 15 september 2006, kenmerk 140594, LJN: AY9752

16. Rb. Amsterdam 23 februari 2004, *BJ* 2004/18, m.nt. Dijkers
17. Rb. Amsterdam 20 juli 2004, *BJ* 2004/42, m.nt. Dijkers
18. Rb. Amsterdam 18 oktober 2004, *BJ* 2005/5
19. Rb. Amsterdam 16 december 2004, *BJ* 2005/18, m.nt. Dijkers
20. Rb. Amsterdam 6 juni 2005, *BJ* 2006/10, m.nt. red.
21. Rb. Amsterdam 16 augustus 2005, *BJ* 2005/39, m.nt. red.
22. Rb. Amsterdam 8 december 2005, kenmerk 309713/FA RK 05.0865, LJN: AU8394
23. Rb. Amsterdam 24 januari 2006, *BJ* 2006/28, m.nt. red.

24. Rb. Arnhem 5 februari 2004, kenmerk BOPZ 04/05, LJN: AO4140
25. Rb. Arnhem 8 maart 2004 *BJ* 2004/19, m.nt. Dijkers
26. Rb. Arnhem 1 juli 2004, kenmerk BOPZ 04/090, LJN: AR8526
27. Rb. Arnhem 3 augustus 2004, *BJ* 2005/6, m.nt. Biesma
28. Rb. Arnhem 31 augustus 2006, *BJ* 2006/52, m.nt. red.

29. Rb. Assen 8 april 2004, *BJ* 2004/20, m.nt. Dijkers

30. Rb. Breda 5 januari 2004, *BJ* 2004/8

31. Rb. Dordrecht 9 februari 2004, *BJ* 2004/10, m.nt. Blok
32. Rb. Dordrecht 23 februari 2004, *BJ* 2004/21, m.nt. Dijkers
33. Rb. Dordrecht 15 juli 2004, *BJ* 2005/7, m.nt. Pols

34. Rb. Groningen 22 juli 2004, *BJ* 2004/48, m.nt. Dijkers
35. Rb. Groningen 20 maart 2006, *BJ* 2006/30, m.nt. red.

36. Rb. 's-Hertogenbosch 26 februari 2004, *BJ* 2004/22, m.nt. Dijkers
37. Rb. 's-Hertogenbosch 8 maart 2004, *BJ* 2004/23, m.nt. Dijkers
38. Rb. 's-Hertogenbosch 28 juni 2004, *BJ* 2004/49, m.nt. Dijkers

39. Rb. Maastricht 22 februari 2005, kenmerk 31539/2005/1115, LJN: AS8864
40. Rb. Maastricht 17 januari 2006, kenmerk 31718/2006/1231, LJN: AU9850

41. Rb. Roermond 31 maart 2004, kenmerk 40538 BOPZ, LJN: AO7576
42. Rb. Roermond 23 september 2005, 4 oktober 2005 en 26 oktober 2005, *BJ* 2006/16, m.nt. Zuiderhoudt

43. Rb. Utrecht 15 april 2004, *BJ* 2005/10, m.nt. Zuiderhoudt
44. Rb. Utrecht 2 augustus 2005, *BJ* 2005/44, m.nt. red.
45. Rb. Utrecht 5 april 2006, *BJ* 2006/32, m.nt. Widdershoven
46. Rb. Utrecht 19 juni 2006, kenmerk 213797, LJN: AY6079
47. Rb. Utrecht 27 juli 2006, *BJ* 2006/55, m.nt. red.
48. Rb. Utrecht 17 augustus 2006, *BJ* 2006/56, m.nt. red.

49. Rb. Zutphen 9 januari 2004, *BJ* 2004/15, m.nt. red.
50. Rb. Zutphen 5 maart 2004, *BJ* 2004/52, m.nt. Robbers
51. Rb. Zutphen 23 maart 2004, *BJ* 2004/24, m.nt. Dijkers
52. Rb. Zutphen 24 mei 2005, *BJ* 2005/45
53. Rb. Zutphen 21 maart 2006, *BJ* 2006/34

- Overig**
54. Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam 10 juli 2003, *BJ* 2004/16, m.nt. red.

Literatuur

- Arends, L.A.P. (2004). *Beperkt door zorg. Toepassing van vrijheidsbeperkingen op psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten op plaatsen waar de Wet Bopz niet van toepassing is*. Den Haag: Ministerie VWS.
- Arends, L.A.P., Blankman, K. & B.J.M. Frederiks (2002). *Interne rechtspositie in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptensector*. Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, deel 3. Den Haag: ZonMw.
- Dijkers, W.J.A.M. (2005). Voorwaardelijke Bopz-machtiging: wat ging er mis en hoe kan het anders? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 29(6): 460-468.
- Land, H., van 't & C. de Ruiter (2006). *Thuis onder voorwaarden. Wat deskundigen verwachten van de effecten van de wijziging van de voorwaardelijke machtiging uit de Wet Bopz*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004). *Jaarbericht 2004*. Den Haag: IGZ.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2005). *Jaarbericht 2005*. Den Haag: IGZ.
- Maassen, P.A.M. & F.A. van Vught (1984). De Delphi-methode: voorspeltechniek en beleidsontwikkelings- instrument. *Beleidsanalyse* (3).
- Perdok, M. & J. Pracht (2005). Voorwaardelijke machtiging in praktijk. Wetswijzigingen in de Wet Bopz van 1 januari 2004. *Journaal Ggz en recht*, 1: 61.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (1997). *Beter (z)onder dwang?* Zoetermeer: RVZ.
- Schuite, J.M., Slotegraaf, B. & P.D. van Marle (2006). Rechters worstelen met instemmingsvereiste. *Journaal Ggz en recht*, 2(1): 6-10.

Bijlage II: Stellingen en toelichtingen t.b.v. valideringsbijeenkomst

1. *Het aantal voorwaardelijke machtigingen is relatief nog gering, omdat onbekend onbemind maakt.*

Uit de interviews komt naar voren dat veel instellingen nog niet zo lang met voorwaardelijke machtigingen bekend zijn. De meesten zijn er in de loop van 2005 pas mee gaan werken en hebben er derhalve nog niet veel ervaring. Een gevolg is dat men meer belemmeringen ziet dan het geval zou zijn geweest, wanneer er meer kennis van zaken was geweest.

2. *Een voorwaardelijke machtiging is ongeschikt voor patiënten die niet bekend zijn bij de behandelaar.*

Het meest geschikt is de voorwaardelijke machtiging voor chronische patiënten en voor patiënten die onder voorwaarden ontslagen zijn na een rechterlijke machtiging en voor wie het volledig de teugels laten vieren te vroeg komt. Patiënten die een voorwaardelijke machtiging hebben vinden het een goed instrument als 'stok achter de deur'. In ongeveer de helft van de gevallen komt het gedurende de looptijd van een voorwaardelijke machtiging ook tot een opname.

Voor minderjarigen ligt de toepassing van de voorwaardelijke machtiging iets anders. Een groot verschil is dat ouders in de verzorging van minderjarigen nog een grote rol (kunnen) spelen. Een voorwaardelijke machtiging heeft daarbij een andere connotatie, in de zin dat die meer gezien kan worden als tussenstap, voordat men naar zwaardere middelen grijpt. De kans op succes is in deze fase ook groter, omdat ouders, door hun grotere betrokkenheid, eerder aan de bel kunnen trekken als de patiënt decompenseert. Desalniettemin blijft belangrijk dat de behandelaar goed bekend is met de patiënt en daardoor in kan schatten of de opgelegde maatregel succesvol is.

3. *Voorwaarde voor een voorwaardelijke machtiging is dat de patiënt begrijpt dat medicatie nodig is.*

Als je met patiënten een heftige strijd moet voeren, die ook leidt tot opnames waar achteraf de zin niet van wordt ingezien, voelen die patiënten zich onder druk gezet en gechanteerd. Dat heeft zijn weerslag op de behandelrelatie, want je moet als behandelaar jaren met die patiënten verder.

4. *Het informed consent-vereiste kan worden afgeschaft, mits zorgverleners goed blijven informeren, geen dwang wordt toegepast, en voldoende aandacht wordt besteed aan de geneeskundige verklaring.*

Niettegenstaande het voorgaande, blijkt er een kleine groep patiënten te zijn voor wie ondanks het feit dat men medicatie zegt te weigeren, een voorwaardelijke machtiging toch kan werken, omdat men zich toch aan de opgelegde

voorwaarden houdt. Mede om deze reden wordt het informed consent-vereiste afgeschafte. Van belang blijft echter wel dat de toepassing niet gepaard gaat met echte dwang. Verder behoort dan bij de aanvraag van de machtiging meer aandacht te worden besteed aan de geneeskundige verklaring. Het komt nogal eens voor dat er klakkeloos wordt overgeschreven uit voorgaande geneeskundige verklaringen.

5. *Behandelaars behoren de ruimte te hebben om te experimenteren met voorwaarden die bij een voorwaardelijke machtiging aan de patiënt worden gesteld.*

Uit de interviews komt naar voren dat er wisselend wordt gedacht over de eisen die je kunt stellen aan voorwaarden. Iedereen is het erover eens dat de patiënt wél moet weten waar hij aan toe is. Daarentegen vinden sommige respondenten dat bijvoorbeeld de hoeveelheid medicatie niet in de voorwaarden zou moeten staan, omdat dit aangepast behoort te kunnen worden aan wat in een bepaalde periode bij de betreffende patiënt noodzakelijk is. Een enkeling vindt zelfs dat medicatie in het geheel niet als voorwaarde zou moeten gesteld, en dat de gestelde voorwaarden zich zouden moeten beperken tot het vastleggen van de contactfrequentie met de zorgverleners. Anderen zeggen dat je geen voorwaarden zou mogen stellen als de zorgverleners geen goed toezicht kunnen uitoefenen op de naleving ervan (drank- of drugsgebruik). Met andere woorden: een voorwaarde zou alleen gesteld mogen worden als de zorgverlener daar ook iets tegenover kan stellen. Ook verplichtingen van de zorgverlener dienen derhalve in het behandelingsplan bij een voorwaardelijke machtiging te worden opgenomen.

De vraag is of de wet nadere eisen zou moeten stellen aan voorwaarden, dat de rechter daar uitspraken over zou moeten doen, of dat de verantwoordelijkheid toch bij de behandelaars zelf behoort te blijven liggen.

Overigens zou het onderscheid tussen de therapeutische voorwaarden die in het behandelingsplan worden gesteld en de door de rechter te stellen voorwaarden betreffende het gedrag, mogen vervallen, aangezien hier in de praktijk geen onderscheid tussen blijkt te worden gemaakt.

6. *Het zou niet nodig moeten zijn om de rechter iedere zes maanden een uitspraak te laten doen over de wenselijkheid van een voorwaardelijke machtiging.*

Uit het onderzoek komt naar voren dat de voorwaardelijke machtiging vooral geschikt is voor patiënten die langdurig met de psychiatrie in contact staan. Het gaat om patiënten die op zichzelf redelijk stabiel zijn, maar af en toe fases kennen waarin een opname noodzakelijk is. In het verlengde hiervan kan worden opgemerkt dat de voorwaardelijke machtiging eigenlijk een aparte modaliteit zou moeten zijn, waarin de rechter flexibel is in het bepalen van de lengte ervan. Wel zou de rechter de patiënt minimaal éénmaal per jaar moeten zien en zich moeten uitspreken over de wenselijkheid van de opgelegde maatregel. In het verlengde

hiervan is het huidige voorstel, om iemand die zich voor enkele dagen vrijwillig laat opnemen geen omzetting te laten krijgen, niet noodzakelijk. Verder zou het ook mogelijk moeten kunnen zijn dat, wanneer een machtiging afloopt en iemand binnen afzienbare tijd met ontslag kan gaan, een voorwaardelijke machtiging wordt gevraagd. Nu moet steeds een voortgezette machtiging volgen.

- 7. Om de rechter meer ruimte te geven om op maat te beslissen, is het raadzaam om in meer gevallen dan nu subsidiaire verzoeken in te dienen.*

In de praktijk leidt art. 8a ertoe dat men subsidiaire verzoeken voor machtigingen gaat doen. Dit heeft tot gevolg dat bij één verzoek meerdere geneeskundige verklaringen worden overgelegd. Meestal komt art. 8a aan de orde als de advocaat om een andere machtiging verzoekt dan is aangevraagd. Net na de invoering van de voorwaardelijke machtiging kwam toepassing van art. 8a vaker voor dan nu. Voor het enkele geval dat nu nog een wijziging wordt verzocht, zou dit in overleg ter zitting moeten kunnen gebeuren.

- 8. Het is essentieel dat de familie zoveel mogelijk wordt betrokken bij de behandeling. De familie behoort echter geen 'officiële' rol in het toezicht te hebben.*

Uit de interviews komt naar voren dat het betrekken van de familie bij de besprekingen over de invulling van het behandelingsplan een gunstige invloed heeft op de wijze waarop de behandeling wordt nageleefd. Als de familie begrijpt wat er aan de hand is, kunnen zij vaak ook invloed uitoefenen op de patiënt om zijn medicatie in te nemen. Ook trekken zij, als zij een goed contact hebben met de zorgverleners, eerder aan de bel wanneer het minder goed gaat met de patiënt. Aan de andere kant vindt men unaniem dat de familie geen officiële rol zou mogen hebben in het toezicht, in de zin van dat bijvoorbeeld in voorwaarden wordt vastgelegd dat de familie toezicht houdt. Dergelijke voorwaarden zijn funest effect voor de vertrouwensrelatie tussen patiënt en familie.

- 9. Eén van de grootste knelpunten van de voorwaardelijke machtiging is op dit moment dat wanneer de patiënt zich niet aan de voorwaarden houdt en behoort te worden opgenomen, de procedure tot opnemng te lang duurt.*

Als gevolg van dit knelpunt is een voorstel tot wetwijziging ahangig. Er is dan geen geneeskundige verklaring meer noodzakelijk, maar als de geneesheer-directeur na overleg met de behandelaar van oordeel is dat opnemng nodig is, kan tot die opnemng worden overgegaan.

Hoewel een vereenvoudiging van de procedure wordt toegejuicht, vinden verschillende respondenten dat opnemng ook niet te gemakkelijk behoort te worden gemaakt. Zij zijn er voorstander van dat de geneesheer-directeur of diens plaatsvervanger, voordat tot opnemng wordt overgegaan, de patiënt zelf ook heeft gezien, zodat hij zelfstandig een beeld kan vormen of die opnemng

noodzakelijk is. Een goede constructie die de voortgang kan bevorderen, is de instelling van plaatsvervangend eerste-geneeskundigen.

10. *Dwang buiten het kader van de Wet Bopz komt bij psychiatrische patiënten slechts voor in ziekenhuizen bij somatische behandelingen en in een heel enkel geval als het gaat om acute psychiatrie.*

Buiten het kader van de Wet Bopz wordt bij psychiatrische patiënten slechts drang toegepast. In het algemeen zijn respondenten van mening dat dwang averechts werkt en daarom, zeker buiten de muren van het psychiatrisch ziekenhuis, vermeden moet worden. Net als hiervoor over familieleden is opgemerkt, kan dwang tot gevolg hebben dat de vertrouwensrelatie met de hulpverlener sterk onder druk komt te staan, hetgeen ingrijpender is dan de korte termijnwinst die uitgaat van die dwang(medicatie).

Situaties waarin soms wel dwang wordt toegepast, zijn psychotische patiënten die behandeld moeten worden voor een somatisch probleem en dan vastgebonden worden of sederende medicatie krijgen. Dit gebeurt nogal eens in algemene ziekenhuizen. In een enkel geval wordt ook buiten algemene ziekenhuizen, in crisissituaties bij extramurale psychiatrische patiënten, wel eens dwangmedicatie toegepast, indien bekend is dat gedwongen opname meer kwaad dan goed doet.

11. *Het risico van verruimen van dwangmogelijkheden buiten het kader van een machtiging is dat behandelaars te snel dwang zullen toepassen.*

De meeste respondenten zijn niet voor het verruimen van dwangmogelijkheden in extramurale situaties. Er kunnen medische bezwaren zijn, in de zin dat niet altijd goed toezicht uitgeoefend kan worden op de effecten van de behandeling die wordt toegepast. Verder zijn er de al eerder genoemde bezwaren van de negatieve effecten op de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverleners, en bestaat het risico dat men te snel naar dwangmiddelen grijpt als gevolg van werkdruk en spanning. Als de mogelijkheden tot dwang al uitgebreid zouden moeten worden, dan behoort daar een uiterst adequate controle op te zijn om misbruik zoveel mogelijk te vermijden.

12. *De patiëntenvertrouwenspersoon behoort meer betrokken te worden bij patiënten met een voorwaardelijke machtiging.*

Patiënten met een voorwaardelijke machtiging maken, ondanks het feit dat de mogelijkheid daartoe wel wettelijk wordt geboden, nog niet of nauwelijks gebruik van de patiëntenvertrouwenspersoon. Er wordt ook nog geen specifiek op deze groep gerichte informatie gegeven over de patiëntenvertrouwenspersoon.

13. *De rechter zou alleen moeten toetsen als er sprake is van opname en zich niet moeten bemoeien met behandelingsafspraken.*

14. De Wet Bopz is vanouds primair gericht op de samenleving en op het wegnemen van gevaar; zij dient evenzeer gericht te zijn op het bieden van behandeling en het herstellen van wilsbekwaamheid.

Uitgave:

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Postadres:

Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Bezoekadres:

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

Informatie:

Voor informatie en vragen
over bestellingen kunt u
terecht bij de medewerkers
van Postbus 51.
Zij zijn op werkdagen
bereikbaar van 9.00 tot
21.00 uur onder telefoon-
nummer 0800-8051 (gratis).

Internetadres:

www.minvws.nl

Maart 2007

Eén van de onderzoeksvragen van de derde evaluatie van de Wet Bopz betrof het functioneren van de in 2004 ingevoerde voorwaardelijke machtiging. Ook diende meer zicht te worden verkregen op de vraag in hoeverre het toepassen van vrijheidsbeperkingen op plaatsen waar de Wet Bopz niet geldt, in de praktijk een probleem vormt. Op beide onderwerpen gaat deze deelstudie in. Door middel van literatuur- en jurisprudentieonderzoek en met empirische onderzoeksmethoden is in kaart gebracht of de praktijk beantwoordt aan de doelstellingen van de voorwaardelijke machtiging. Ook is onderzocht op welke wijze de wettelijke regeling van dit instrument kan worden verbeterd. Hetzelfde is nagegaan voor de regeling van dwang en drang buiten de instelling.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de voorwaardelijke machtiging een goede aanvulling is op de oorspronkelijke machtigingsvarianten. Wel zijn op een aantal punten verbeteringen mogelijk. Buiten de muren van het psychiatrisch ziekenhuis wordt nauwelijks dwang toegepast, wel drang. Geconcludeerd wordt dat het (nog) niet noodzakelijk is om de huidige wettelijke mogelijkheden voor extramuraal dwang- en drangtoepassing uit te breiden.

Onderzoeksconsortium

De onderzoeken ten behoeve van de derde evaluatie van de Wet Bopz zijn in opdracht van de ministeries van Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitgevoerd door een onderzoeksconsortium bestaande uit Prismant, de Vrije Universiteit Amsterdam (VU medisch centrum/EMGO en juridische faculteit) en de Universiteit Maastricht (Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Onderzoeksinstituut Caphri).