
Vergaderjaar 2007–2008

25 763

Evaluatie Wet Bopz

Nr. 9

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 mei 2008

Namens het kabinet bied ik u aan het kabinetsstandpunt inzake de derde evaluatie van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

Kabinetsstandpunt eindrapport derde evaluatiecommissie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

1. Inleiding

Na een bijzonder langdurige ontstaansperiode werd in 1994 de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) van kracht. De wet volgde de Krankzinnigenwet op die sinds 1884 had gefunctioneerd. De Wet bopz regelt de gedwongen opname en de (gedwongen) behandeling van personen die door een psychische stoornis een gevaar voor zichzelf of hun omgeving vormen. De Wet bopz geldt niet alleen voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) maar ook in de psychogeriatric (pg) en de verstandelijk gehandicaptenzorg (vg) wordt gebruik gemaakt van de Wet bopz.

De Wet bopz kent in artikel 71 een evaluatieverplichting. Inmiddels heeft de derde evaluatie van de wet plaatsgevonden.¹

Gezien de voortdurende discussie over het functioneren van de Wet bopz hebben de Ministers van VWS en Justitie de derde evaluatiecommissie Wet bopz (verder: evaluatiecommissie) belast met een brede taak. De evaluatiecommissie is verzocht te onderzoeken of de Wet bopz na de diverse aanpassingen en de verbeterde voorlichting op adequate wijze functioneert en welke wijzigingen eventueel noodzakelijk zijn.²

Het kabinet heeft daarmee aan de evaluatiecommissie een zware taak gegeven welke zij met verve heeft vervuld. Het zeer uitgebreide evaluatierapport «Voortschrijdende inzichten» en de bijbehorende deelonderzoeken geven een helder beeld van de knelpunten in de (uitvoering van de) Wet bopz. Het rapport geeft daarnaast een oplossingsrichting waarmee het kabinet aan de slag kan. Wij danken de evaluatiecommissie en alle daarbij betrokkenen voor hun inspanning.

De evaluatiecommissie concludeert dat de Wet bopz ondanks de vele wijzigingen ervan, min of meer werkbaar is gebleven. Tegelijkertijd constateert zij dat de Wet bopz niet bestand is tegen verder ingrijpende wijzigingen en daarom niet in alle opzichten toekomstbestendig is. Met de evaluatiecommissie is het kabinet van mening dat er een nieuwe, toekomstbestendige regeling tot stand moet worden gebracht. Het kabinet onderschrijft het pleidooi van de evaluatiecommissie om de thans in de Wet bopz centraal staande koppeling tussen gedwongen opname en behandeling los te laten. In een nieuwe regeling dient niet de gedwongen opname (zoals in de Wet bopz) maar de zorgbehoefte van de patiënt centraal te worden gesteld. Op basis van dit uitgangspunt en de overige aanbevelingen van de evaluatiecommissie zal een nieuwe regeling worden ontworpen. Ook zullen hierbij de internationaal aanvaarde normen en beginselen worden betrokken, zoals die zijn opgenomen in het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (EVRM) en de aanbevelingen van de Raad van Europa (aanbeveling over de bescherming van mensenrechten en de waardigheid van personen met een psychische stoornis (Rec 10 (2004)). Gezien de noodzaak tot nadere uitwerking van de door de evaluatiecommissie aangegeven hoofdlijnen van de nieuwe regeling en gezien de wens om de totstandkoming van de nieuwe regeling in nauw overleg met alle veldpartijen te laten plaatsvinden, zal het voorbereiden van een nieuwe regeling de nodige tijd vergen. Het streven is echter wel om nog deze regeerperiode een nieuwe wet van kracht te laten worden. Overigens, de nieuwe regeling zal (evenals de huidige Wet bopz) geen consequenties hebben voor de aanspraken die cliënten hebben op basis van Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of Zorgverzekeringswet. De regeling beperkt zich tot de regelgeving rond onvrijwillige zorg (bekostigd vanuit AWBZ of Zorgverzekeringswet).

¹ Aangezien het kabinet eerder had aangekondigd een aparte regeling te ontwerpen voor de sectoren psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn deze sectoren bij de derde evaluatie buiten beschouwing gelaten. Ook is de regeling van de observatiemachtiging niet meegenomen in de derde evaluatie aangezien deze regeling een aparte evaluatiebepaling bevat; naar verwachting medio 2008 verschijnt hierover een rapport.

² Kamerstukken II 2004/05, 29 363 en 25 763, nr. 10.

Op 25 mei 2007 werd het eindrapport van de evaluatiecommissie aan de Ministers van VWS en Justitie aangeboden. In de maanden na aanbidding is het rapport, conform de aanbevelingen van de evaluatiecommissie, bij zoveel mogelijk betrokken partijen onder de aandacht gebracht en is aan deze partijen gevraagd schriftelijk op het rapport te reageren, in het bijzonder op de aanbevelingen van de evaluatiecommissie voor een nieuwe regeling. Schriftelijke reacties zijn ontvangen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), GGZ Nederland, Stichting Landelijk Platform Cliëntenraden (Stichting LPR), de Nederlandse Federatie voor Ziekenhuispsychiatrie (NFZP), Stichting Pandora, Labyrint, de Nederlandse Vereniging voor Artsen van Verstandelijk Gehandicapten (NvvAVG), Stichting Mainline, de Nederlandse Orde van Advocaten (NOvA), de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak (NVvR) het College van Procureurs-Generaal, en de Raad voor de rechtspraak.

In september 2007 hebben wij mede aan de hand van deze reacties drie invitational conferences georganiseerd waarin is gesproken over de bevindingen van de evaluatiecommissie. De geconsulteerde organisaties staan overwegend positief tegenover het evaluatierapport en de deelonderzoeken. Er is onder voorwaarden bij het merendeel van de partijen steun voor de gedachte dat de Wet bopz zou moeten worden vervangen door een nieuwe regeling op basis van de contouren die de evaluatiecommissie heeft geschetst. De meeste organisaties delen ook de motivering van de evaluatiecommissie daarvoor. Wel zijn er vragen gesteld over de exacte invulling van de door de evaluatiecommissie geschetste contouren. Opvallend was daarbij de relativering van het belang van wetgeving en het unanieme pleidooi van vele organisaties om primair aandacht te geven aan de kwaliteit van zorg. Wanneer hulpverleners in een vroegtijdig stadium kwalitatief goede zorg leveren, kan in veel gevallen worden voorkomen dat een patiënt met een psychische stoornis met dwang moet worden geconfronteerd, aldus een deel van de veldpartijen.

2. Kabinetstandpunt op de aanbevelingen van de evaluatiecommissie

Zoals hierboven reeds aangegeven, is het kabinet van mening dat verbetering niet kan worden verwacht van een ingrijpende verbouwing in het ingewikkelde bouwwerk dat de Wet bopz in de loop der jaren is geworden. Een nieuwe wettelijke regeling zou, zowel juridisch als ook qua opzet en stijl, eenvoudig en toegankelijk moeten zijn.

Zoals de evaluatiecommissie terecht aangeeft, moet de in het evaluatierapport voorgestelde nieuwe regeling nog op veel punten nader worden uitgewerkt. Een langdurige periode van voorbereiding staat echter haaks op de bij velen levende wens tot een snelle totstandkoming van een nieuwe regeling. Het kabinet omarmt de aanbeveling van de evaluatiecommissie om daarom een tweesporenbeleid te volgen, waarbij de huidige wet in de komende periode tot de nieuwe regeling alleen bij uiterste noodzaak wordt aangepast, zodat zoveel mogelijk tijd en energie kan worden besteed aan een nieuw wettelijk kader.

Daarnaast zal het kabinet bezien hoe, vooruitlopend op de nieuwe regeling, de door de evaluatiecommissie voorgestelde commissie psychiatrische zorg in de vorm van een pilot kan proefdraaien onder de huidige Wet bopz en kan worden getest op werkzaamheid.

2.1 Zorgbehoefte is leidend, gevaarscriterium wordt gehandhaafd

Zoals gezegd onderschrijven wij het pleidooi van de evaluatiecommissie voor het loslaten van de in de huidige wet centraal staande koppeling tussen gedwongen opname en behandeling. In een nieuwe regeling dient niet de gedwongen opname maar de zorgbehoefte van de patiënt centraal

te worden gesteld, c.q. het samenstel van de voor die patiënt benodigde zorg, behandeling, bescherming en beveiliging. Passende zorg voor mensen met psychische stoornissen, ongeacht waar zij zich bevinden, is het uitgangspunt. Doordat de nieuwe wettelijke regeling naast de gedwongen opname andere modaliteiten van gedwongen zorg mogelijk zal maken, zal het bereik van de regeling in de praktijk hierdoor ruimer kunnen worden en beter kunnen aansluiten op de zorgbehoefte. Het hoofddoel van de nieuwe regeling is het mogelijk maken dat verantwoorde zorg wordt verleend aan mensen die lijden aan een psychische stoornis, maar helaas niet inzien dat ze zorg hard nodig hebben.¹ Hiermee worden mensen die ten gevolge van hun stoornis of beperking een gevaar zijn voor zichzelf of voor anderen en de samenleving beschermd. De uitkomsten van het deelonderzoek *Dwangtoepassing binnen de instelling* onderstrepen voor het kabinet het belang om de patiënt een duidelijke stem te geven bij het bepalen van de zorg op maat, ondanks het gedwongen karakter van de zorg.²

De zorgbehoefte bepaalt dus welke zorg wordt verleend. Telkens zal daarbij gezocht moeten worden naar een vorm van zorg die enerzijds aansluit bij de wensen van de patiënt en anderzijds het gevaar dat de stoornis veroorzaakt kan wegnemen. Dan pas kan er sprake zijn van passende zorg. De vraag of de zorg gedwongen mag worden verleend zal in de nieuwe regeling, evenals thans in de Wet bopz het geval is, beantwoord moeten worden aan de hand van het gevaarscriterium en de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit. De reikwijdte van de nieuwe wettelijke regeling zal in die zin niet wezenlijk verschillen van de huidige Wet bopz. Ook de evaluatiecommissie pleit ervoor het gevaarscriterium te handhaven: het heeft een breed toepassingsbereik, is in de praktijk ingeburgerd en is «EVRM-bestendig». Wij onderschrijven deze conclusie, maar constateren tevens dat de praktijk niet altijd van de ruime betekenis van het gevaarscriterium op de hoogte lijkt te zijn. Dit heeft verstrekkende gevolgen. Gaat een politieagent, huisarts of psychiater ervan uit dat de wet niet van toepassing is, dan komt deze ook niet toe aan het gebruik van de wettelijke mogelijkheden. Bezien wordt of een oplossing daarvoor kan worden gezocht in nieuwe terminologie, in meer gerichte voorlichting of in een combinatie van beide.

Een verbijzondering van het thema zorgbehoefte is de zorgbehoefte van bijzondere doelgroepen. De evaluatiecommissie heeft in dat verband (conform haar opdracht) speciale aandacht besteed aan de positie van patiënten met een andere etnische achtergrond. Uit het (kwalitatief verkennend) deelonderzoek *Toepassing van de Wet bopz bij allochtone cliënten* blijkt dat de ervaringen met dwang bij allochtone patiënten niet wezenlijk verschillen van die van andere (autochtone) patiënten. De evaluatiecommissie ziet dan ook geen reden tot aanpassing van wetgeving op dit punt. Wel beveelt de evaluatiecommissie op basis van de onderzoeksbevindingen nader onderzoek aan naar de toepassing van dwang bij allochtone patiënten en de reactie van allochtone patiënten op dwang. Ook acht de evaluatiecommissie onderzoek wenselijk naar de achtergronden van de in het deelonderzoek geconstateerde ondervertegenwoordiging van allochtone patiënten en hun familie in belangenverenigingen.

Wij kiezen voor een andere aanpak. In het deelonderzoek *Toepassing van de Wet bopz bij allochtone cliënten* wordt gesteld dat bij onderzoek naar de positie van allochtone cliënten in de GGZ niet automatisch moet worden uitgegaan van verschillen tussen groepen op basis van etniciteit. Er bestaan verschillen tussen én binnen groepen mensen. Ook bepleiten de onderzoekers bij dwangtoepassing in de praktijk een benadering die uitgaat van overeenkomsten in plaats van verschillen met autochtone cliënten (interculturalisatie van de zorg). De onderzoekers zijn er voor-

¹ Voor de definitie en classificatie van een psychische stoornis sluiten we aan bij de in de GGZ gebruikelijke internationale standaarden. Deze internationale standaard is ook basis voor bijvoorbeeld de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen en voor de ontwikkeling van de nieuwe bekostigingssystematiek in de GGZ-cure. Het terrein van de psychische stoornis strekt zich daarmee ook uit tot het terrein van de persoonlijkheidsstoornissen en misbruik van of verslaving aan alcohol en drugs.

² Deelonderzoek 3, p. 98–99.

stander van dat bij elke individuele patiënt wordt nagegaan of en hoe culturele problemen een rol spelen. Deze benadering sluit aan bij het uitgangspunt dat de zorgbehoefte leidend is en dat er dus per patiënt «maatwerk» moet worden geleverd. Dit brengt mee dat bij de beoordeling van de passende zorg voor een patiënt ook culturele aspecten en etnische achtergrond van de patiënt worden meegewogen. De nieuwe regeling zal hiertoe de ruimte moeten bieden, bijvoorbeeld in het kader van de samenstelling van de commissie.

2.2 Reikwijdte nieuwe regeling

Het is van groot belang dat de nieuwe regeling ruimte biedt voor een veelheid aan vormen van (onvrijwillige) zorg en flexibele overgangen tussen de verschillende vormen van zorg. Dit roept de vraag op voor welke doelgroepen of zorgsectoren deze regeling zou moeten gelden. Het werkterrein van de evaluatiecommissie was, zoals eerder opgemerkt, beperkt tot evaluatie van de Wet bopz voor zover deze in de GGZ wordt toegepast. De psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten zijn door de evaluatiecommissie buiten beschouwing gelaten, omdat voor deze sectoren – conform de aanbeveling van de tweede evaluatiecommissie Wet bopz – een afzonderlijke nieuwe regeling in voorbereiding is. Die regeling zal, evenals de door de evaluatiecommissie geschetste regeling ter vervanging van de Wet bopz, uitgaan van een persoonsvolgend systeem van gedwongen zorginhoudelijke interventies. Gezien de samenhang tussen de nieuwe regeling voor de ggz en de nieuwe regeling voor psychogeriatric en zorg voor verstandelijk gehandicapten achten wij het zinvol om te onderzoeken of beide regelingen op termijn kunnen samengaan en daarmee zomogelijk ook al rekening te houden bij het schrijven van de nieuwe regeling ter vervanging van de Wet bopz.

2.3 Zorg in strafrechtelijk kader

Nadere aandacht bij het bepalen van de reikwijdte van de nieuwe regeling verdient de begrenzing met de aanpalende zorg in strafrechtelijk kader. De zorg in strafrechtelijk kader (bijvoorbeeld Tbs) en de (civielrechtelijke) zorg op basis van de Wet bopz zijn qua wetgeving grotendeels separate systemen, maar vertonen wel veel raakvlakken.

De evaluatiecommissie is van mening dat het straf- en zorgsysteem, gelet op hun aard, ook in de toekomst naast elkaar moeten blijven bestaan, waarbij de aansluiting tussen beide systemen moet worden verbeterd. De evaluatiecommissie concludeert verder dat de kern van het huidige verschil in regels erin gelegen is dat de strafrechter zich ten aanzien van justitiële patiënten heeft uitgesproken over een strafbaar feit. De evaluatiecommissie is van mening dat er valide redenen zijn om dit verschil in benadering te handhaven. Tot deze conclusie kwam overigens ook de tweede evaluatiecommissie.

De evaluatiecommissie beveelt aan dat het openbaar ministerie meer dan nu een spilfunctie vervult bij de keuze tussen straf en zorg. Tevens dienen de behandelmogelijkheden in het gevangeniswezen en de Tbs-sector te worden verbeterd om de kwaliteit van de zorg in de GGZ en in justitiële inrichtingen op een gelijk niveau te brengen. Voor een kleine groep zeer moeilijk te handhaven patiënten moeten de mogelijkheden tot beveiliging in de GGZ worden uitgebreid, waarbij het humane karakter van de zorg overeind dient te blijven.

Het kabinet kan zich in al deze aanbevelingen vinden. De samenwerking tussen de algemene en forensische GGZ moet optimaal zijn en de kwaliteit en toegankelijkheid van de algemene (dus ook vrijwillige) GGZ mag er niet onder lijden. Met de evaluatiecommissie zijn wij van mening dat er gestreefd moet worden naar continuïteit van zorg, ook voor de patiënt die

op strafrechtelijke titel verblijft. De kwaliteit en het niveau van zorgaanbod in strafrechtelijk kader moeten hierop zijn aangepast.

Ook delen wij de mening van de evaluatiecommissie dat de interne rechtsregimes die van toepassing zijn op de te onderscheiden instellingen (en de personen die zich daar bevinden) zoveel mogelijk op elkaar afgestemd moeten zijn. Hiermee zullen wij bij het ontwerpen van de nieuwe regeling terdege rekening houden, maar uiteraard met behoud van de huidige rechten van de op grond van de Wet bopz opgenomen patiënten.

2.4 Samenhang met andere wetgeving

De evaluatiecommissie wijst erop dat het bereik van de regeling zo ruim dient te zijn dat de personen die (gedwongen) zorg behoeven, die zorg ook krijgen. Het bepalen van de reikwijdte van de regeling betreft dan ook niet alleen de bovengenoemde inclusie of exclusie van zorgsectoren maar tevens de afbakening ten opzichte van en de samenhang met aanpalende wetgeving.

Naast de Wet bopz wordt de rechtspositie van de patiënt op dit moment bepaald door de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de Algemene wet bestuursrecht, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, bij jeugdigen de Wet op de jeugdzorg en bij hen die zorg in strafrechtelijk kader ontvangen eventueel ook nog de justitiële beginselenwetten. De evaluatiecommissie acht het wenselijk dat de rechtspositie van patiënten met een psychische stoornis in de verschillende regelingen op elkaar zijn afgestemd en zoveel mogelijk in één regeling wordt vastgesteld. Het kabinet onderschrijft het streven naar een voor de patiënt en het veld overzichtelijk geregelde rechtspositie. Voor elk van de bovengenoemde wetten zal daarbij uiteraard een separate afweging worden in hoeverre aanpassing van de desbetreffende wet noodzakelijk is.

Als voorbeeld werken we hieronder alvast de beoogde relatie tussen de Wet bopz en de Algemene wet bestuursrecht wat verder uit. De huidige Wet bopz is uitgezonderd van het toepassingsbereik van de bezwaar- en beroepsregeling van de Awb. Wel zijn de zorgvuldigheidsnormen van de Awb voor het nemen van besluiten op grond van de Wet bopz van toepassing. Dit is door de evaluatiecommissie als een complicerende factor in de uitvoeringspraktijk van de Wet bopz aangemerkt. Zo zijn de behandelaar en de geneesheer-directeur (van een psychiatrisch ziekenhuis) bij de uitoefening van bepaalde bevoegdheden krachtens de Wet bopz zoals het nemen van een beslissing tot dwang, aan te merken als bestuursorgaan in de zin van de Awb. Het is volgens de evaluatiecommissie echter allerminst vanzelfsprekend dat zij voor de toepassing van de daarop betrekking hebbende regels in de Awb de benodigde juridische kennis hebben. In het deelonderzoek *De Algemene wet bestuursrecht en de Wet bopz* wordt daarom gepleit voor meer scholing, training en voorlichting over de Awb-normen. De evaluatiecommissie geeft in afwijking daarvan juist in overweging om in een nieuwe regeling de toepasselijkheid van de Awb uit te sluiten, en de toepasselijke Awb-normen in de regeling te includeren. Wij delen deze laatste overweging, zij het op andere gronden. Met intensieve scholing en voorlichting kan naar onze mening wel degelijk worden bereikt dat zorgverleners zich meer bewust worden van de Awb-normen die als bestuursorgaan op hen van toepassing zijn, ook omdat de regels over zorgvuldige besluitvorming samenvallen met gezondheidsrechtelijke kwaliteitseisen. Echter, de relatie tussen de zorgverlener en de patiënt aan wie onder dwang zorg wordt verleend, heeft een ander karakter dan die tussen de vrije burger en de overheid. Door toepassing van dwang is sprake van een afhankelijkheidsrelatie die niet vergelijkbaar is met het gangbare verkeer tussen burgers en overheid. In die zin is een vergelijking te trekken met de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke beslissingen en andere vrijheidsbenemende maatregelen die van het toepassingsbereik

van de Awb zijn uitgezonderd. In de beginselenwetten is daarom gekozen voor een systeem waarin de toepasselijke Awb-normen bij ingrijpende beslissingen zijn geïncorporeerd. Wij zullen voor de opvolger van de Wet bopz aansluiting zoeken bij dat systeem.

2.5 Waarborgen (rechts)positie en rechtsbescherming van de patiënt

De evaluatiecommissie stelt dat de rechtspositie van de patiënt dient te worden gewaarborgd door, onder andere, verankering van het ultimatum-remedium-beginsel, toetsing aan de beginselen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit, honorering van wilsbekwaam verzet en een blijvende toetsing aan het gevaarscriterium. Bij toepassing van (onvrijwillige) zorg dient rekening te worden gehouden met de voorkeuren van de patiënt, bijvoorbeeld vastgelegd in een zelfbindingsverklaring. De evaluatiecommissie constateert dat de Wet bopz de patiënt een goede rechtspositie biedt. De patiëntenverenigingen hebben in reactie op het evaluatierapport aangegeven te hechten aan het huidige niveau van rechtsbescherming en te vrezen dat een nieuwe wettelijke regeling ten koste zal gaan van de rechtspositie van de patiënt. Het kabinet heeft begrip voor deze zorg, maar ziet (met de evaluatiecommissie) juist nog mogelijkheden om de positie van de patiënt in de nieuwe regeling te versterken. De al bestaande waarborgen voor de patiënt, zoals voorafgaande toetsing door de rechter aan de hand van het gevaarscriterium, zullen in een nieuwe regeling dan ook zeker behouden blijven. Binnen de mogelijkheden wordt een grotere rol toegekend aan wilsbekwaam verzet in lijn met de aanbevelingen van de evaluatiecommissie en ook wordt vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid beter geregeld. Daarnaast zal onzes inziens de door de evaluatiecommissie voorgestelde commissie psychiatrische zorg een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de versterking van de positie van de patiënt. De introductie van zo'n commissie verhoogt de zorgvuldigheid van de procedure en de kwaliteit van de adviezen aan de rechter. In de voorgestelde aanpak zal beter op de zorgbehoefte van de patiënt kunnen worden ingespeeld. In het deelonderzoek *Internationale ontwikkelingen* stellen de onderzoekers dat de mate van rechtsbescherming niet per definitie alleen bepaald wordt door het juridische gehalte van de regeling, maar evenzeer door het samenspel tussen de verschillende elementen uit de wettelijke regeling, zoals de aanwezigheid van bepalingen over recht op behandeling, de kwaliteit van zorg en de toegang tot maatschappelijke voorzieningen.¹ De aanbeveling van de verschillende onderzoekers, om dergelijke bepalingen in het wettelijk kader te incorporeren om daarmee het vertrouwen van de patiënt in de zorg te verhogen, neemt het kabinet over.

2.6 Rechterlijke machtiging voorafgaand aan gedwongen zorg (één machtiging «op maat»)

De rechter dient vooraf te machtigen tot toepassing van gedwongen zorg. Alleen in acute crisissituaties kan rechterlijke toetsing achteraf plaatsvinden, aldus de evaluatiecommissie. Het aantal soorten machtigingen kan volgens de commissie worden gereduceerd tot één machtiging voor gedwongen zorg op maat, waarin rekening wordt gehouden met de voorkeur van de patiënt en wordt gezocht naar de minst belastende interventie. Voor de noodzakelijke interventies in een acute crisissituatie kan een crisismachtiging worden afgegeven. Oftewel, een belangrijk element van de huidige wet waarvan het kabinet met de evaluatiecommissie van mening is dat het moet worden behouden, is de verplichting om beslissingen tot dwang vooraf aan rechterlijke toetsing te onderwerpen (behalve in een crisissituatie).

De inhoud van deze machtiging «op maat» is afhankelijk van de persoonlijke behoefte van de patiënt, in die zin dat daarin, toegespitst op de indivi-

¹ Deel 7, p. 18–19.

dule patiënt, en uitgaande van diens zorg- en behandelbehoefte, is opgenomen welke dwang er jegens hem kan worden uitgeoefend. Deze machtiging op maat komt ook tegemoet aan de kritiek op het huidige systeem van teveel soorten machtigingen.

De dwang kan de nodige zorg betreffen, de medische behandeling, maatregelen met een beschermend karakter (voor de patiënt zelf of derden) en controlemaatregelen. De machtiging kan ook gedwongen opname en verblijf in een intramurale voorziening inhouden. Daarbij kan de mate van vrijheidsbeperking verschillen. Naarmate de aantasting van de persoonlijke vrijheid toeneemt, zullen ook het niveau van rechtsbescherming en de eisen aan het af te wenden gevaar hoger moeten zijn. De machtiging moet gericht zijn op het afwenden van gevaar ten gevolge van de stoornis (zie ook hierboven over het gevaarscriterium). Er zullen voldoende «checks and balances» in het systeem moeten worden ingebouwd om te bewerkstellingen dat de voor de patiënt minst ingrijpende vorm van dwang wordt gekozen.

De noodzaak tot gedwongen zorg zal volgens de evaluatiecommissie, en ook volgens het kabinet, gekoppeld moeten blijven aan het gevaarscriterium; zorg kan alleen onder dwang worden toegepast ter afwending van gevaar in de huidige, ruime betekenis van de Wet bopz.

Het éénmachtigingensysteem kan niet los worden gezien van de door de evaluatiecommissie voorgestelde commissie psychiatrische zorg. Het bereik van de rechterlijke machtiging moet naadloos aansluiten bij de omvang van de adviestaak van de commissie. Met een grondige en kwalitatief goede voorbereiding van het advies zal worden voorkomen dat de machtiging verwordt tot een instrument waarmee nauwelijks geclausuleerde interventies kunnen worden gelegitimeerd. Het kabinet vindt het van groot belang om bij een maatregel «op maat» ook daadwerkelijk maat te houden. Wat het kabinet voor ogen staat, is een rechter die op goede gronden zijn goedkeuring kan hechten aan een bepaalde vorm van dwang, omdat de commissie die de rechter adviseert van tevoren gemotiveerd heeft aangegeven waarom en op welk moment die interventie geëigend is. Hiermee kan wellicht de door sommige patiëntenorganisaties geuite vrees voor een gebrek aan begrenzing van de machtiging worden weggenomen.

Mede in dat verband zal het kabinet bij het ontwerpen van de nieuwe regeling ook extra aandacht schenken aan de vraag in hoeverre bij een «onbekende» patiënt van tevoren in algemene zin kan worden aangegeven welke zorg nodig is. Ook nemen we het advies van de evaluatiecommissie ter harte dat de meningen van de behandelaar en de naasten van de patiënt expliciet betrokken moeten worden bij het advies aan de rechter.

Het éénmachtigingensysteem impliceert voorafgaande rechterlijke toetsing van gedwongen opnames, maar ook van andere onvrijwillige interventies. De Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak (NVvR) schaaft zich achter dit uitgangspunt. Met de evaluatiecommissie stelt de NVvR dat de rechter zich van tevoren zal moeten uitspreken of er sprake is van een psychische stoornis die de patiënt gevaar doet veroorzaken en of dit gevaar de voorgestelde interventies rechtvaardigt. Ook het kabinet vindt dat in dit systeem een rechterlijke toets vooraf passend is bij in elk geval beslissingen tot vrijheidsbeneming, het binnentreden van een woning of aantasting van de lichamelijke integriteit. De NVvR verwacht dat de kwantitatieve gevolgen voor de rechterlijke macht beperkt zullen zijn, indien machtigingen voor gedwongen (ambulante) zorg in de plaats zullen komen van machtigingen voor gedwongen opnames. Een en ander hangt uiteraard ook af van de reikwijdte van de nieuwe regeling en de inkleding van de rechtsbescherming daarin na tenuitvoerlegging van de machtiging. In het kader van de totstandkoming van de nieuwe regeling zullen wij de Raad voor de rechtspraak vragen om hierover te adviseren.

2.7 Crisisinterventie en crisismachtiging

De evaluatiecommissie bepleit een regeling voor crisisinterventie die voorziet in een legitimatie voor gedwongen vervoer en (kortdurende) opvang door politie, GGD of andere hulpverleners van personen die in een acute (geestelijke) noodsituatie verkeren. De huidige Wet bopz voorziet hier niet in in het stadium voorafgaand aan de afgifte van een inbewaaringstelling (ibs), terwijl dergelijke vormen van dwang soms wel nodig zijn om te kunnen beoordelen of iemand in aanmerking komt voor een ibs. Toepassing van dwang zonder wettelijke grondslag kan in incidentele gevallen worden gerechtvaardigd door buitenwettelijk noodrecht, maar kan geen oplossing bieden voor een (min of meer) structurele situatie, aldus de evaluatiecommissie.

Ook introduceert de evaluatiecommissie ter vervanging van de ibs een crisismachtiging die op basis van dezelfde criteria als de ibs kan worden afgegeven, maar die, anders dan de ibs, ook tot andere vormen van gedwongen zorg buiten opname kan strekken. Net als bij een «gewone» machtiging zullen de zorgbehoefte van de patiënt en de noodzaak van vrijheidsbeperking bepalend zijn voor de gedwongen zorg die op basis van de crisismachtiging kan worden geboden. De rechtspositie van patiënten met een «crisismachtiging» moet identiek zijn aan die van patiënten met een «gewone» machtiging.

De evaluatiecommissie signaleert terecht dat een wettelijke grondslag is vereist als de gedwongen interventies niet langer een incidenteel karakter hebben. Het kabinet is dan ook voorstander van een regeling voor crisisinterventie, zoals die is aanbevolen door de evaluatiecommissie. Voor wat betreft de rol van de burgemeester in de huidige ibs-procedure en die rol bij de crisismachtiging zij het volgende opgemerkt. Volgens de evaluatiecommissie zijn er gegeven de vereisten dat de desbetreffende functionaris in alle onafhankelijkheid, op decentraal niveau en binnen een kort tijdsbestek slagvaardig moet kunnen opereren, binnen de rechterlijke macht alternatieven denkbaar (de officier van justitie). Het verdient volgens het kabinet aanbeveling de komende tijd te onderzoeken wie het beste de rol kan vervullen van verlener van de crisismachtiging en of en zo ja, welke rol de commissie (psychiatrische zorg) bij een crisismachtiging moet spelen.

Dit onderzoek vindt plaats tijdens de pilots waarin gekeken wordt hoe de commissie (psychiatrische zorg) het best vormgegeven kan worden. De besluitvorming zal tijdig voor indiening van het wetsvoorstel tot aanpassing van de Wet bopz bij de Tweede Kamer zijn afgerond.

2.8 De commissie psychiatrische zorg

Een kernonderdeel van het advies van de evaluatiecommissie en dus van de nieuwe regeling, is de commissie psychiatrische zorg (hierna: commissie). Hierboven is er reeds enige aandacht voor deze commissie geweest maar in dit standpunt wordt op deze plaats wat langer bij deze commissie stilgestaan. Overigens zijn we van mening dat de benaming commissie psychiatrische zorg een minder gelukkige keuze is, immers, de taak van deze commissie beperkt zich overwegend tot advisering omtrent onvrijwillige zorg, wat (gelukkig) toch slechts een klein deel van alle GGZ-patiënten betreft. Als voorlopige benaming spreken we hier verder over de commissie.

De evaluatiecommissie concludeert dat een aantal centrale actoren in de Wet bopz de hun toebedeelde taken niet de aandacht geven die zij verdienen. De evaluatiecommissie stelt voor in de nieuwe regeling deze taken aan een kleinere groep functionarissen toe te bedelen, welke functionarissen zo specialistische kennis op dit gebied kunnen opbouwen. De evaluatiecommissie stelt vervolgens voor een commissie in het leven te

roepen, met daarboven een nog een landelijk orgaan ter bevordering van richtlijnontwikkeling en overleg tussen de verschillende commissies. De evaluatiecommissie schetst de voordelen van het introduceren van een commissie, met daarin vertegenwoordigd het behandel-, het juridische en het patiënten-, familie- en maatschappelijke perspectief. De bemoeienis van deze drieschaar zou het volledige traject moeten bestrijken vanaf de voorbereiding van de rechterlijke beslissing tot en met de nazorg voor de patiënt. Door de multidisciplinaire aanpak waarbij ter zake deskundigen oordelen over de noodzaak van zorg en dwang, zal de minst restrictieve vorm van dwang worden gestimuleerd en wordt invulling gegeven aan het uitgangspunt van zorg op maat.

Wij staan in principe positief tegenover de gedachte van een commissie als bovenbedoeld; wij benadrukken het belang dat de verantwoordelijkheid voor dwangbeslissingen gevoeld moet worden door alle betrokkenen. Een dergelijke commissie mag geen sta-in-de-weg zijn voor het nemen van beslissingen. Daar waar de huidige wet vaak tegenstellingen tussen de verschillende betrokken groepen lijkt te versterken, zou een dergelijke commissie juist kunnen leiden tot efficiënte, gebalanceerde besluitvorming, die op een breed draagvlak kan rekenen. Bovendien moet voorkomen worden dat een commissie een bureaucratische omweg wordt voor de grote groep van ongecompliceerde machtigingen die in huidige structuur probleemloos afgehandeld worden.

Wij denken dit te kunnen ondervangen door het aantal regionale commissies beperkt te houden en geen apart landelijk orgaan in te stellen, zoals door de evaluatiecommissie is voorgesteld. De commissie moet een duidelijk herkenbaar loket vormen voor iedereen die met deze vorm van zorg te maken krijgt. Het is in deze context ook wenselijk om te onderzoeken of de verzoeken voor de crisismachtiging via het loket van de commissie kunnen worden doorgeleid. Daarnaast verwachten wij dat adviezen van een regionale commissie die de individuele instelling overstijgen, een «protocollerende» werking kunnen hebben, hetgeen efficiëntie en kwaliteit van zorg bevordert. Bij alle betrokken partijen bestaat de verwachting dat een regionale commissie de uniformiteit en de kwaliteit van de adviezen die aan de rechter worden voorgelegd, substantieel zullen verhogen.

Om onnodige bureaucratie te voorkomen en een snelle procedure te bevorderen, kunnen naastgelegen arrondissementen met een relatief gering aantal verzoeken worden samengevoegd in één regionale commissie. Anderzijds moet de commissie beschikken over kennis van en begrip voor de lokale situatie; alleen zo kan een volledig beeld worden gevormd van de situatie. Dat levert dus beperkingen op voor het werkgebied van de commissie. In pilots zal moeten worden vastgesteld wat daarbij de meest optimale werkwijze en schaalgrootte is.

De omvang van de taken die de evaluatiecommissie toedicht aan een landelijk orgaan zijn in de optiek van het kabinet niet van zodanige omvang dat dit de instelling van een landelijk bureau rechtvaardigt. Ook verdraagt zo'n extra orgaan zich niet met de doelstelling van een slagvaardig bestuur die is geformuleerd in het Beleidsprogramma 2007–2011 voor de zesde pijler «Overheid en dienstbare publieke sector». De ontwikkeling van richtlijnen en andere instrumenten kan door de commissies zelf ter hand worden genomen door het instellen van landelijke werkgroepen, waarin een aantal leden van de regionale commissies deelnemen en zonodig externe deskundigen. Voor het overleg met landelijke organen zoals de VNG of GGZ Nederland kan eenzelfde aanpak worden gekozen. De beoogde eenheid van beleid kan zodoende worden gerealiseerd, zonder dat daarvoor formeel een afzonderlijk orgaan in het leven hoeft te worden geroepen.

Met de evaluatiecommissie zijn wij van mening dat beslissingen omtrent dwang het best kunnen worden belegd bij een rechter. Om goed te kunnen oordelen over een door een behandelaar verzochte machtiging op maat, dient de rechter te worden voorzien van relevante, onafhankelijk verleende juridische en medische informatie. De rechter moet weten wat de aard van de stoornis van de geestvermogens is, wat het causale verband met het gevaar is en waarom niet kan worden volstaan met minder ingrijpende maatregelen.

In het deelonderzoek *Internationale ontwikkelingen* merken de onderzoekers op dat het niet in de Nederlandse rechtstraditie past om de commissie ook te belasten met een rechtsprekende taak. Wij onderschrijven deze stellingname. In deze variant valt het voordeel weg dat de rechter onafhankelijk van de zorginhoudelijke afwegingen oordeelt. Beoordeling op enige afstand van het vraagstuk omtrent de noodzaak tot gedwongen zorg is een wezenlijk kenmerk van de rechtsbescherming die wij voor ogen hebben. Samenvoeging van een juridische toets en een zorginhoudelijke afweging zou tot een ongewenste vermenging leiden. De door de evaluatiecommissie voorgestane taakverdeling waarbij een commissie een advies voorbereidt en de onafhankelijke rechter het advies aan een juridische toets onderwerpt, biedt in onze optiek een betere bescherming van de rechtspositie van de patiënt. Daarbij geldt dat de rechter (en ook de betrokken partijen) bij een gedegen voorbereiding door een commissie flink ontlast zullen worden; een uitgebalanceerd advies betekent immers dat er in minder gevallen noodzaak voor de rechter is om alle partijen te horen of nader onderzoek te doen. Het initiatief om de commissie te benaderen, kan liggen bij de behandelaar, maar ook bij bijvoorbeeld de naaste familie. In het door ons voorgestane model zal de commissie vanuit haar meerzijdige perspectief en op basis van haar deskundigheden advies uitbrengen waar de behandelaar goed mee uit de voeten kan. Het advies wordt immers gemotiveerd, ook op basis en ervaring van de betrokkenen. Wij verwachten dan ook dat het door de evaluatiecommissie geconstateerde bezwaar tegen de huidige regeling, dat familie en behandelaar bij de weigering om een geneeskundige verklaring af te geven, geen rechtsbescherming genieten, grotendeels kan worden weggenomen. Mocht niettemin in een incidenteel geval de behandelaar of familie zich niet kunnen vinden in het advies van de commissie, omdat het niet uitmondt in een verzoek aan de rechter, dan zullen wij daarvoor rechtsbescherming openstellen. Zo wordt een terugkoppelingssysteem gecreëerd dat moet leiden tot groeiend inzicht bij alle betrokkenen.

Naast het voorbereiden van het advies ten behoeve van de rechter en het indienen van het verzoekschrift, ziet de evaluatiecommissie een belangrijke taak weggelegd voor de commissie bij het vervolgtraject na het verlenen van een rechterlijke machtiging. De commissie heeft immers bij uitstek zicht op de specifieke problematiek van de individuele patiënt. Om deze kennis optimaal te benutten en niet het risico te lopen dat de opgebouwde expertise te fragmentarisch wordt gebruikt, is het wenselijk dat de commissie ook wordt ingezet in de fase nadat de rechterlijke machtiging is verleend. Denkbaar is bijvoorbeeld dat de commissie een expliciete taak krijgt bij de beoordeling van de uitvoering van de machtiging. Tegelijkertijd zal moeten worden voorkomen dat de commissie wordt belast met taken die moeilijk met elkaar te verenigen zijn, een ook tijdens de consultatie en de invitationale conferenties regelmatig geuite zorg. Bij het in de pilots uittesten van de optimale vormgeving van de taakopdracht van de commissie zal dit een belangrijk punt van aandacht zijn. Ook voor het toezien op goede nazorg zien wij een belangrijke taak weggelegd voor de commissie. Het huidige gebrek aan nazorg wordt door alle betrokkenen als een serieus probleem ervaren. Het kabinet ondersteunt dan ook het door de evaluatiecommissie genoemde principe van

wederkerigheid als uitgangspunt bij het bieden van nazorg; het toepassen van gedwongen zorg legt een extra verantwoordelijkheid bij hulpverleners en overheid om goede nazorg te bieden aan die patiënten. Het kabinet verwacht dat de commissie als orgaan over voldoende kracht zal beschikken om regionaal en landelijk met de betrokken partijen tot goede afspraken te komen over nazorg in de vorm van huisvesting, financiële middelen en dergelijke.

Wat betreft de samenstelling van de commissie moet naar onze mening nog worden gezocht naar een optimale invulling. De evaluatiecommissie stelt voor om de commissie samen te stellen uit een psychiater, een jurist en een persoon die deskundig is vanuit het patiënt- en familieperspectief. Ten aanzien van de hulpverlener achten wij een meer multidisciplinaire benadering gewenst zodat ook specifieke kennis vanuit andere disciplines wordt ingebracht in de commissie (denk bijvoorbeeld aan de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, de orthopedagoog en psycholoog, de verslavingsarts, de arts voor verstandelijk gehandicapten enz). Bij het lid van de commissie die geacht kan worden deskundig te zijn vanuit het patiënt- en familieperspectief denken wij natuurlijk in eerste instantie aan ervaringsdeskundigen, maar ook professionals zoals (niet bij de behandeling betrokken) patiënt- en familievertrouwenspersonen zijn ons inziens denkbaar als lid van de commissie.

Met de evaluatiecommissie zijn wij van mening dat de kwaliteit van de commissie boven iedere twijfel verheven dient te zijn, wil zij zich kunnen ontwikkelen tot een gezaghebbend orgaan. Een multidisciplinaire aanpak kan daaraan bijdragen. Daarnaast kan de reeds bestaande expertise zoveel mogelijk behouden blijven door geneesheren-directeur en bopz-officieren in de commissie zitting te laten nemen.

Het kabinet acht het met de evaluatiecommissie niet langer wenselijk om de verantwoordelijkheid voor de verzoekschriftprocedure bij de officier van justitie te leggen, maar ziet wel een actieve rol voor de officier van justitie weggelegd bij de keuze tussen straf en zorg. Door de officieren van justitie die thans in ieder arrondissement zijn aangewezen als bopz-officier deel uit te laten maken van de commissie kan de kennis op het terrein van de psychische stoornissen binnen het openbaar ministerie behouden blijven, zo niet verder worden uitgebreid. Deze kennis is ook onontbeerlijk om op de beslissende momenten een afgewogen keuze voor het straf- dan wel het zorgsysteem te kunnen maken. Gelet op zijn professionele achtergrond en de toegang tot bijvoorbeeld politieregisters zal de bopz-officier bovendien bij uitstek geschikt zijn om een goede inschatting te maken van het gevaar.

Tot slot benadrukken we het belang van het testen in de praktijk van de werkzaamheid van de voorgestelde commissie. In overleg met alle betrokkenen zullen pilots worden georganiseerd om te bezien hoe een variant van een commissie het beste vorm kan krijgen.

3. Tot slot: het invoeringstraject voor een nieuwe regeling

De geschiedenis van de Wet bopz leert dat de totstandkoming van een regeling voor gedwongen opname en zorg veel tijd kan vergen. Tegelijkertijd is iedereen doordrongen van de noodzaak van een modernere, duidelijkere wettelijke regeling van gedwongen zorg. Het kabinet is dan ook van mening dat, om een herhaling van de lange duur van totstandkoming te voorkomen, het door de evaluatiecommissie aanbevolen tweesporenbeleid moet worden gevolgd. Daarbij zal de huidige wet slechts in zeer beperkte mate worden aangepast, zodat zoveel mogelijk tijd en energie kan worden besteed aan een nieuw wettelijk kader. Het kabinet

acht het niet wenselijk om nog, in afwachting van de beoogde nieuwe regeling, zelfstandige ingrijpende wijzigingen van de Wet bopz voor te stellen.

In afwachting van een nieuwe regeling zal slechts uitvoering worden gegeven aan de aanbevelingen uit hoofdstuk 3 van het evaluatierapport die een oplossing bieden voor urgente problemen bij de uitvoering van de Wet bopz en de aanbevelingen die geen (ingrijpende) aanpassing van de Wet bopz vergen. Ook tijdens de consultatieronde is hier nadrukkelijk om gevraagd. Concreet betekent dit dat thans een voorstel in voorbereiding is dat voorziet in een regeling voor gedwongen vervoer en gedwongen verblijf voorafgaand aan de afgifte van een inbewaringstelling. Verder zal in het Besluit rechtspositieregelingen Bopz, de regeling voor de huisregels worden verruimd, zowel in het algemeen als specifiek voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. Op de aparte regeling voor de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten is al eerder ingegaan.

3.1 Wetgeving in overleg met alle betrokkenen

Zoals hierboven reeds opgemerkt, is bij de schriftelijke consultatie en de invitational conferences overwegend positief gereageerd op het evaluatierapport en de deelonderzoeken. Er is onder voorwaarden bij het merendeel van de partijen steun voor de contouren en uitgangspunten die de evaluatiecommissie in haar rapport heeft geschetst. Met name patiëntenorganisaties zijn voorzichtig, zij vrezen dat de rechtspositie van de patiënt in een nieuwe regeling minder sterk zal zijn.

Tegelijkertijd zijn er op onderdelen ook de nodige kritische vragen gesteld. Het kabinet wil polarisatie bij dit gevoelige onderwerp voorkomen, daarom achten wij bij dit precaire onderwerp een zo breed mogelijke consensus wenselijk en zullen we om die reden alle betrokken partijen actief betrekken bij de voorbereiding van het concept-wetsvoorstel. In lijn met de aanbevelingen van de evaluatiecommissie en de onderzoekers in het deelonderzoek *Dwangtoepassing binnen de instelling* zal het kabinet een vergelijkbare procedure volgen als bij de totstandkoming van de Vreemdelingenwet. Daarbij is gezocht naar een wettelijk kader op basis van een procedure die een systematische inbreng van de verschillende visies garandeert, waardoor de verschillende perspectieven niet tegenover elkaar worden gesteld, maar juist met elkaar worden verbonden. Ons staat een procedure voor ogen die ruimte biedt voor dialoog, maar tegelijkertijd zodanig efficiënt is dat geen afbreuk wordt gedaan aan de voortvarendheid waarmee wij deze nieuwe regeling ter hand willen nemen. Het kabinet heeft de stellige verwachting dat met deze aanpak een nieuwe regeling binnen deze kabinetsperiode in werking kan treden. Daarbij zal, ten slotte, het onderstaande tijdschema leidend zijn.

Tijdschema

1.	Opstellen concept wetsvoorstel door interdepartementale projectgroep	Maart–Juli 2008
2.	Consultatie en verwerken reacties consultatie	Augustus–December 2008
3.	Ministerraad	Januari 2009
4.	Raad van State	Februari–April 2009
5.	Nader rapport	Mei 2009
6.	Ministerraad	Mei 2009
6.	Indiening aan de Tweede Kamer	Juni 2009
7.	Behandeling Tweede Kamer	Juli 2009–Januari 2010
8.	Behandeling Eerste Kamer	Januari–Juli 2010
9.	Staatsblad	Juli 2010
10.	Inwerkingtreding	1 januari 2011