

## Het wetsontwerp BOPZ

door J. Krul-Steketee

### Inleiding

Bij de behandeling van het Wetsontwerp BOPZ zou ik de beantwoording van de volgende vraagstelling als uitgangspunt willen nemen:

- moet de BOPZ er komen?
- moet de BOPZ er *nu* komen?
- moet de BOPZ er in de huidige versie komen?

Daartoe bespreek ik de mijns inziens belangrijkste regelingen van de BOPZ en het daarop geleverde commentaar (met uitzondering van de visie van de patiëntenbeweging, die mogelijk in andere publikaties breder aan de orde kan komen). Ook zal ik aandacht besteden aan regelingen die min of meer vooruitlopen op de BOPZ, zoals de Winterwerprichtlijnen en de erkenningsvoorwaarden rechtspositie psychiatrische patiënten. Daaraan voorafgaand geef ik u een korte schets van de ontwikkeling van het wetsontwerp. Een uitvoerig overzicht kunt u vinden in de gezamenlijke publikatie van de heer R. A. Steenbergen en mij in het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1982 nr. 5.

Het ontwerp werd in april 1971 ingediend kort nadat een belangrijke wijziging van de Krankzinnigenwet (Kz-wet) tot stand was gekomen die onder meer het vereiste van de rechterlijke bekrachtiging van de inbewaringstelling door de burgemeester (i.b.s.) invoerde. Deze wijziging heeft model gestaan voor het 1e ontwerp BOPZ dat dan ook weinig nieuws bracht vergeleken met de herziene Kz-wet. Opvallend was wel dat de BOPZ ook van toepassing zou zijn op terbeschikking van de regering (tbr) gestelde delinquenten. De Bijzondere Commissie uit de Tweede Kamer, ingesteld ter voorbereiding van de openbare beraadslaging omtrent het ontwerp BOPZ, komt in haar Voorlopig Verslag van mei 1972 met forse

Schrijver is juriste, werkzaam als wetenschappelijk hoofdmedewerker bij de afdeling Forensische psychiatrie van de Juridische faculteit, Rijksuniversiteit te Leiden (Juridisch Studiecentrum „Hugo de Groot I”, Hugo de Grootstraat 27, 2311 XK Leiden). Dit artikel werd als inleiding gebracht op een studiedag over het Wetsontwerp BOPZ, uitgaande van de Sectie Klinische en Sociale Psychiatrie van de Ned. Ver. v. Psychiatrie, op 4-3-'83 te Ermelo.

kritiek. Het heeft tot oktober 1976 geduurd eer de regering hierop met een Gewijzigd Ontwerp reageerde. Inmiddels was in 1975 wel van overheidswege een Werkgroep rechtspositie patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (de Cie. van Dijk) ingesteld, aan wie onder meer de opdracht was gegeven te rapporteren over de rechtspositie van in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen patiënten en de vraag te beantwoorden of wettelijke regelingen terzake wenselijk zouden zijn.

Het meest opzienbarende in het Gewijzigd Ontwerp 1976 was wel dat de regelingen met betrekking tot beperking in de uitoefening van de rechten van de patiënt en de verlofregeling ook van toepassing werden verklaard op vrijwillig opgenomen patiënten.

Nadat de Bijzondere Cie. op aandrang van de patiëntenbeweging een openbare hoorzitting (febr. 1977) over dit gewijzigd ontwerp had gehouden en tevens had opgeroepen tot schriftelijke reacties, heeft ze in aug. 1977 het Nader Voorlopig Verslag uitgebracht. Dit verslag is van groot belang geweest voor de ontwikkeling van het ontwerp, omdat pas in dit stuk uitvoerig werd ingegaan op de aan het ontwerp ten grondslag liggende opvattingen over de psychiatrie en over de rechtspositie van de psychiatrische patiënt. Vrijwel unaniem werd het feit bekritiseerd dat de vrijwillig opgenomen patiënten onder de werkingssfeer van een bepaald onderdeel van de BOPZ werden gebracht.

In febr. 1979 vond een mondeling overleg plaats tussen de opstellers van het ontwerp BOPZ en de Bijzondere Kamercie., waarin de verhouding van de rechtspositieregeling van de gedwongen opgenomen patiënt tot die van de vrijwillig opgenomene centraal stond. Het gereedkomen – in jan. 1980 – van het eindrapport van de Cie. van Dijk, dat de rechtspositie van *alle* in psychiatr. ziekenhuizen opgenomen patiënten tot onderwerp heeft, stelde de regering voor de keus het aanhangige ontwerp BOPZ in te trekken en van voren af aan met een geheel nieuwe wet te beginnen of het ontwerp door te zetten met het voordeel reeds op korte termijn in de rechtspositie van de gedwongen opgenomen psychiatrische patiënt verbeteringen te kunnen aanbrengen. Voor het laatste is gekozen. Het Nader Gewijzigd Ontwerp dat in februari 1980 werd ingediend heeft dan ook weer uitsluitend betrekking op onvrijwillig opgenomen patiënten; het is eveneens losgekoppeld van het wetsontwerp tot wijziging van de TBR. In de begeleidende Nadere Memorie van Antwoord werd uitvoerig ingegaan op het hoe en waarom van het ontwerp BOPZ in het algemeen en van de in het Nader Gewijzigd Ontwerp aangebrachte wijzigingen in het bijzonder; laatstgenoemde betroffen onder andere de invoering van bepalingen over behandelingsplan, dwangbehandeling en dwangmiddelen (artt. 35 t/m 42). De totstandkoming van deze – 3e – versie is als de belangrijkste in de ontwikkeling van het ontwerp te beschouwen. In oktober 1980 volgde het Eindverslag van de Bijzondere Kamercie., waarop de bewindslieden in hun Nota naar aanleiding van het Eindverslag (maart '81) uitvoerig zijn ingegaan; hun principiële stellingname zoals die in het Ontwerp 1980 was neergelegd, bleef echter onver-

anderd. De wijzigingen die het ontwerp nog ondergaat in het Tweede Nader Gewijzigd Ontwerp (maart '81) zijn dan ook niet van fundamentele betekenis; zij dragen eerder het karakter van afwerking van het ontwerp.

Zoals gezegd zijn inmiddels enige regelingen tot stand gekomen betreffende onderwerpen die niet op de BOPZ konden wachten. Dit betreft allereerst een 'Nadere wijziging van het Besluit normen en algemene voorwaarden voor erkenning van ziekenhuizen in verband met de rechtspositie van psychiatrische patiënten in ziekenhuizen (27 juni 1980). Deze regeling is mede onder sterke druk van het Parlement tot stand gekomen. Ze heeft betrekking op de interne rechtspositie van psychiatrische patiënten, zowel vrijwillig als onvrijwillig opgenomen. Ze bevat echter eerder instructie- dan waarborgnormen: de patiënt zelf kan er direct geen rechten aan ontleen. De sanctie op handelen in strijd met erkenningsnormen is intrekking van de erkenning, een maatregel die heel wat voeten in de aarde heeft.

Als belangrijkste 'regeling' voor de huidige rechtspraktijk kunnen mijns inziens de zogenaamde Winterwerprichtlijnen (Wr. lijnen) van de Minister van Justitie gezien worden. Ze zijn het gevolg van een uitspraak op 24 oktober 1979 van het Europese Hof voor de rechten van de mens te Straatsburg, in een zaak aanhangig gemaakt tegen de Nederlandse Staat door de heer Winterwerp die al sinds jaren met een rechterlijke machtiging in een psychiatrische inrichting was opgenomen. Het Hof heeft daarbij vastgesteld dat op een aantal punten de feitelijke toepassing van de Kz-wet, maar ook bepaalde regelingen in die wet zelf onverenigbaar zijn met het Europese Verdrag (van Rome) tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden. De Minister van Justitie heeft in juni 1980 richtlijnen gegeven die moeten voorkomen dat bij toepassing van de Kz-wet in strijd met het Verdrag wordt gehandeld. Na geconstateerde onduidelijkheid en onvolledigheid van deze richtlijnen, heeft de Minister er bij brief d.d. 9 maart 1981 een toelichting op gegeven.

Bij de bespreking van de relevante onderdelen van de BOPZ zal ik nader op genoemde 'interimregelingen' ingaan.

Ik kom nu aan de hoofdschotel van mijn artikel: de BOPZ inhoudelijk. Het is niet doenlijk om alle veranderingen ten opzichte van de Kz-wet onder de loep te nemen. Ik beperk mij daarom tot die onderdelen die mij het meest van belang lijken en wel: de criteria voor een rechterlijke machtiging, de regeling van de spoedopneming, de machtiging op eigen verzoek, het vervallen van de handelingsonbekwaamheid, de rechten van de opgenomen patiënt en het klachtrecht. Bij de bespreking van deze onderwerpen zal ik publicaties betrekken van H. M. Cohen Stuart (*Medisch Contact*, 14 mei 1982), J. J. C. Marlet (*T. voor Psychiatrie* 1982, nr. 24) de NZR (*Het Ziekenhuis*, 16 juni 1982), P. H. J. Laurs (*Intermediair* 28 mei 1982 en *Proces* juli/aug. 1982) en de Werkgroep Krankzinnigenwet (*Botsing met de BOPZ*, mei 1982). Uit kennisneming van genoemde en andere commentaren blijkt dat de BOPZ enerzijds regelingen

bevat waar nauwelijks iemand bezwaren tegen heeft, zoals verbetering van de processuele rechtspositie van de patiënt en anderszijds regelingen die als zeer controversieel beschouwd kunnen worden, zoals dwangbehandeling. Ten aanzien van de laatste categorie staande behandelaars en de voorstanders van juridisering meestal tegenover elkaar.

### De rechterlijke machtiging

Evenals de Kz-wet kent de BOPZ de opneming via een – voorlopige – rechterlijke machtiging (r.m.), een spoedopneming via de burge-meester en een machtiging op eigen verzoek.

De gronden voor een voorlopige machtiging, die een geldigheidsduur van 4 weken heeft, zijn in de BOPZ: dat een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens (kortweg: stoornis van de geestvermogens) betrokkene gevaar voor een of meer personen (waaronder gevaar voor zichzelf) of voor de algemene veiligheid van personen of goederen doet veroorzaken en dat gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend; bovendien moet de bereidheid zich te laten opnemen ontbreken (art. 2 jo.art. 1). Ingevolge de Kz-wet kan een machtiging worden verleend wanneer de voorlopige plaatsing van een krankzinnige in een psychiatrische inrichting hetzij in het belang der openbare orde of in dat van de lijder zelf wordt vereist (art. 12). De psychiater Cohen Stuart heeft ernstige bezwaren tegen het gevaarscriterium dat de BOPZ met betrekking tot de r.m. hanteert. Patiënten zullen niet meer behandeld kunnen worden als het gevaar dat tot hun dwangopneming aanleiding gaf weliswaar geweken is maar de psychische stoornis niet. De grote, centrale problemen zullen zijns inziens blijken te zijn: de aantoning van het gevaar, de gevaarsprognose en de samenhang tussen dit gevaar en de gesignaleerde psychische stoornis. Hij zegt letterlijk: 'De psychiater die moet werken binnen de Wet BOPZ wordt geacht mee te werken aan beantwoording van een oneigenlijke, want strikt sociaal-juridische, vraagstelling en wordt vervolgens beknot in zijn authentieke functie van behandelend hulpverlener. Dit betekent, dat de nieuwe wet onuitvoerbaar wordt vanuit een psychiatrische optiek. Het prachtige stelsel van zorgvuldige rechtsregels, en het denken waarop dat is gebaseerd, maakt de behandeling en de hulpverlening van ernstig zieke – want dat zal toch wel als regel het geval zijn – psychiatrische patiënten onmogelijk.

Marlet stemt met de verontrusting van zijn collega in en voegt daar nog een aspect aan toe dat hij als volgt formuleert: 'Er kán een groep ontstaan van mensen die weliswaar ernstig psychisch gestoord zijn maar nimmer aan adequate behandeling toekomen omdat ze in hun afweer tegen de bemoeilustige psychiaters bevestigd worden door ijverige juristen. Verwacht mag worden dat leden van deze groep – ook vanuit calamiteuze situaties – steeds minder welkom zullen zijn in psychiatrische ziekenhuizen, want ze kosten

met alle juridische rompslomp een hoop tijd terwijl de inzet van de behandelaren verzandt in de ziekteontkenning van deze onvrijwillige logées. In strijd met de verplichting tot aselekt opnemen zullen verzoeken om juist deze patiënten klinisch op te vangen stuiten op een menselijke barrière, met als mogelijk gevolg dat de categorie 'sterk gedragsgestoorde agressieve' (sga) patiënten aangroeit: een categorie mensen voor wie de Wet BOPZ wel degelijk extra clausules moet krijgen omdat ze anders onbehandelbaar worden'. Tot zover twee psychiaters. Een heel ander geluid komt van de Werkgroep Krankzinnigenwet, die gedwongen opneming via een rechterlijke machtiging principieel afwijst. Deze is van mening dat in het wetsontwerp BOPZ een strikt medische benadering de belangrijkste gedachtenbepaling is. Zij betreurt dit: 'juist omdat de strikt medische benadering een systeemfout in zich heeft die nauwelijks te vermijden is. De medicus zal ten sterkste trachten te vermijden dat hij een ziek persoon voor gezond aanziet. Hij zal liever iemand ziek verklaren 'om risico te vermijden' (Scheff)'. Mede hierom wordt gepleit voor een brede advisering aan de rechter door deskundigen, namelijk door psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers die als deskundigen op dit terrein benoemd zijn. Laurs (Proces) merkt op dat de gronden voor preventieve vrijheidsbeneming waarop het Ontwerp BOPZ betrekking heeft, niet goed objectiveerbaar zijn. Subjectieve beoordelingen zullen bepalend zijn voor de inhoud die wordt gegeven aan begrippen als stoornis van de geestvermogens en gevaar.

In het ontwerp BOPZ is zijns inziens de oplossing van dit onoplosbare probleem vooral gezocht in gedetailleerde procedureregelingen. Die procedures moeten voldoende garanties bieden opdat mensen niet onnodig met dwang in psychiatrische inrichtingen worden opgenomen en daar niet onnodig in hun rechten worden gekort.

Het zal duidelijk zijn dat er een aanzienlijk verschil in waardering bij genoemde auteurs te constateren valt.

De procedureregelingen waarop door Laurs wordt gedoeld, houden het volgende in: In de BOPZ is slechts één bevoegde instantie namelijk de enkelvoudige kamer van de rechtbank, (art. 1 lid 4) aangewezen, waarbij alle zaken door de O.v.J., hetzij op verzoek van de echtgenoot, familie etcetera, hetzij ambtshalve aanhangig worden gemaakt (art. 3 jo. 5). Verwijzing naar de meervoudige kamer is mogelijk (art. 7).

De BOPZ verlangt, evenals de Kz-wet, overlegging van een geneeskundige verklaring waarin de grond voor de machtiging is opgenomen. Volgens de Kz-wet moet deze verklaring worden opgesteld door een zenuwarts die de patiënt niet onder behandeling heeft (art. 16) en niet verbonden is aan de inrichting waarin de patiënt zal worden opgenomen (art. 18); volgens de BOPZ mag zij afkomstig zijn van iedere psychiater (art. 4). Indien voor een patiënt die al vrijwillig in een inrichting verblijft een voorlopige machtiging wordt aangevraagd, dient de verklaring door de geneesheer-directeur te worden afgegeven (art. 15 jo. 14).

Wat de toevoeging van een advocaat betreft bepaalt de Kz-wet (art. 17) dat de rechter daartoe op verzoek van betrokkene of ambtshalve kan overgaan. Krachtens de BOPZ is de rechter tot toevoeging verplicht tenzij betrokkene daartegen bezwaar maakt (art. 6<sup>3</sup>); dit geldt voor alle procedures die een gedwongen opname of voortzetting van het onvrijwillige verblijf betreffen.

De BOPZ verplicht de rechter eveneens in alle gevallen waarin over vrijheidsbeneming of de voortzetting daarvan moet worden beslist, betrokkene te horen, tenzij de rechter vast stelt dat deze niet bereid is zich te doen horen (art. 6). De Kz-wet bepaalt thans dat de rechter betrokkene hoort, tenzij naar zijn oordeel uit de overgelegde geneeskundige verklaring blijkt 'dat de toestand van de patiënt dit zinloos of uit medische overwegingen onverantwoord doet zijn' (artt. 17 en 35i). Degene die de geneeskundige verklaring opmaakt wordt namelijk verzocht zich zo mogelijk over het al of niet horen door de rechter uit te laten (artt. 16 en 35c).

Bij bevordering tot verlenging van de machtiging bepaalt art. 23 van de Kz-wet dat de rechtbank, na verhoor van de OvJ, louter op de stukken een beschikking kan geven. Zij kan echter 'nader bewijs door getuigen of andere middelen gelasten en zelfs het verhoor van een verpleegde bevelen'. Dit verhoor moet dan wel in de inrichting plaatsvinden, reden waarom het meestal achterwege werd gelaten. In de Winterwerpzaak is echter beslist dat het niet horen van betrokkene als een schending van het Verdrag van Rome (art. 5, 4e lid) moet worden beschouwd. De Minister van Justitie heeft er daarom in zijn Richtlijnen op gewezen dat de rechter ook nu al de patiënt of diens vertegenwoordiger in de gelegenheid moet stellen door hem te worden gehoord. In de gevallen dat een verhoor van de patiënt vóór een opname bij gebleken gevaar voor suicide onverantwoord kan zijn, zal moeten worden beslist wie als vertegenwoordiger van de patiënt kan worden gehoord, aldus de Minister; wat dit laatste betreft een richtlijn die mijns inziens meer problemen oproept dan oplossingen geeft.

De BOPZ kent geen recht van hoger beroep tegen de voorlopige machtiging die 4 weken duurt (art. 6 lid 7). Deze machtiging kan worden verlengd, de 1e keer voor 6 maanden, daarna steeds voor een jaar. De rechtspositie van de patiënt is in verband met deze verlengingsprocedure in de BOPZ bijzonder versterkt: hij krijgt de mogelijkheid van hoger beroep bij het Gerechtshof in Arnhem. Dezelfde bepalingen betreffende verhoor en toevoeging van een raadsman als bij de procedure tot het verlenen van een voorlopige machtiging zijn van toepassing. Volgens de Kz-wet kan de rechter zoals gezegd alleen op de stukken een verlengingsbeschikking geven waartegen geen hoger beroep open staat. In de BOPZ zijn de gronden voor de voorlopige machtiging en die tot verlenging daarvan gelijk behalve dan dat bij verlenging de rechter van oordeel moet zijn dat de stoornis van de geestvermogens en het daaruit voortvloeiende gevaar ook na de geldigheidsduur van de voorlopige machiging aanwezig zal zijn (art. 17 lid 2). Een verklaring daaromtrent opgemaakt door de geneesheer-directeur, moet de

rechter worden overgelegd, evenals het behandelingsplan. De rechter moet in ieder geval beslissen binnen 3 weken na het instellen van de verlengingsvordering, anders vervalt de bestaande machtiging (art. 18 lid 6). Thans is de rechter niet aan een termijn gebonden en bepaalt art. 23 Kz-wet dat de verpleegde in het gesticht blijft hangende het onderzoek van de rechtbank.

### De spoedopneming

De inbewaringstelling (ibs) door de burgemeester heet in de BOPZ spoedopneming (art. 25 t/m 31). Zoals gezegd, bevatte het oorspronkelijk ontwerp van 1971 hiervoor een regeling die overeenkwam met die van de juist op dit punt recent herziene Kz-wet. In de daarop volgende ontwerpen heeft deze regeling echter een aanmerkelijke wijziging ondergaan die er toe geleid heeft dat de rechter pas later dan thans het geval is, of zelfs in het geheel niet, bij deze vorm van gedwongen opneming wordt betrokken. In de huidige versie van de BOPZ kan de burgemeester tot spoedopneming overgaan als betrokkene gevaar veroorzaakt en het ernstig vermoeden bestaat dat dit gevaar door een stoornis van de geestvermogens van betrokkene wordt veroorzaakt en het gevaar tevens zo onmiddellijk dreigend is dat een voorlopige machtiging niet kan worden afgewacht en het ook niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. De burgemeester vraagt vooraf aan een psychiater of, zo dat niet mogelijk is, aan een arts die geen psychiater is, een *schriftelijke* verklaring waaruit blijkt dat het bovengenoemde geval zich voordoet. Volgens de Kz-wet kan de geneeskundige verklaring ook mondeling of telefonisch worden gegeven, waarna zo spoedig mogelijk een schriftelijke bevestiging aan de burgemeester wordt gezonden. De huidige wet verplicht de OvJ bij de president van de rechtbank voortzetting van de ibs te vorderen uiterlijk de dag na ontvangst van de betreffende stukken van de burgemeester. Wordt tot voortzetting beslist dan duurt deze maximaal drie weken, evenwel met drie weken te verlengen ingeval inmiddels een rechterlijke machtiging is gevorderd. Ingevolge de BOPZ moet de OvJ na ontvangst van de stukken van de burgemeester inzake de spoedopneming, de geneeskundig-directeur van het ziekenhuis een verklaring vragen dat betrokkene gestoord is in zijn geestvermogens en dat er gronden zijn voor het verlenen van een voorlopige machtiging. Als OvJ na ontvangst van deze verklaring van oordeel is dat de gronden voor het verlenen van een voorlopige machtiging (duur 4 weken) aanwezig zijn, dan stelt hij daartoe een vordering in (art. 31). Heeft hij de verklaring niet (of niet tijdig) ontvangen, dan bericht hij de geneeskundig-directeur schriftelijk dat geen vordering zal worden ingesteld. Dit alles is aan korte termijnen gebonden; bij overschrijding daarvan moet de patiënt ontslagen worden. Met deze regeling zal het echter minstens een week duren vóór een vordering tot voorlopige machtiging bij de rechter aanhangig is gemaakt, waarna pas een advocaat kan worden toegevoegd. De

rechter moet binnen 3 weken na het instellen van de vordering beslissen. Gezien deze termijn kan het wel tot drie weken na de spoedopneming duren voordat betrokkene door de rechter wordt gehoord. Thans moet de Pres. v. d. Rb. binnen 3 dagen op de vordering van de OvJ tot voortzetting van de ibs beslissen (art. 35i Kz-wet) en betrokkene dus eveneens binnen die termijn horen (Wr. richtlijnen). Met de regeling van de BOPZ wordt ook een extra taak op de geneeskundige directeur gelegd: binnen enkele dagen nadat de patiënt in zijn inrichting is opgenomen moet hij al beoordelen of er gronden voor een voorlopige machtiging bestaan.

### **De rechterlijke machtiging op eigen verzoek (artt. 32 t/m 34)**

Deze heeft, in tegenstelling tot de Kz.-wet, in de BOPZ een geheel eigen regeling gekregen. Ze is volgens de Nadere Memorie van Antwoord (blz. 16) van veel belang voor de toepassing op verslaafden aan heroïne en andere hard drugs. De regeling houdt in dat iemand die gestoord is in zijn geestvermogens en die bereid is in een psychiatrisch ziekenhuis een behandeling te ondergaan, de OvJ kan verzoeken een vordering in te stellen tot het verlenen van een machtiging om hem in een psychiatrisch ziekenhuis op te nemen of te doen verblijven, ook als die bereidheid tijdens de duur van de machtiging komt te ontbreken. Een dergelijke machtiging kan slechts worden verleend als naar het oordeel van de rechter betrokkene gevaar veroorzaakt (hier wordt geen causaal verband tussen de stoornis van de geestvermogens en het gevaar verlangd!), en het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Dat een dergelijke situatie bestaat, moet worden verklaard door een psychiater die is verbonden aan het psychiatrisch ziekenhuis, waarin opname of verder verblijf wordt verzocht en dat met name in het verzoek van betrokkene aan de OvJ moet worden genoemd. Bij dat verzoek moet ook een behandelingsplan worden overgelegd, dat door bedoelde psychiater samen met betrokkene is opgesteld. De machtiging op eigen verzoek wordt gegeven voor een door de rechter te bepalen duur, die niet langer kan zijn dan een jaar en niet korter dan een half jaar. Ze kan niet verlengd worden.

### **Handelingsonbekwaamheid**

Louter om informatieve redenen vermeld ik dat in de BOPZ geen artikel meer voorkomt dat de strekking heeft van art. 32 Kz.-wet: handelingsonbekwaamheid van degene die met een r.m. wordt opgenomen. Er is niemand die dat betreurt. Het Europese Hof heeft in de Winterwerpzaak al uitgesproken dat het verlies van het beheer over het vermogen zonder beroep op een onafhankelijke rechterlijke instantie een schending vormt van het Verdrag van Rome. De Minister heeft in verband daarmee een buitengewoon omslachtige, onvolledige, juridisch hoogst merkwaardige regeling in zijn Richtlijnen opgenomen, waar niemand mee uit de voeten

kan. Wat dit betreft wordt dus allerwege met smart op de BOPZ gewacht.

De in juni 1982 verschenen 4e Nota van Wijziging op de BOPZ heeft dan ook als belangrijkste strekking te regelen dat de de handelingsonbekwaamheid betreffende bepalingen van de Kz.-wet worden ingetrokken 20 dagen nadat de Wet BOPZ in het Staatsblad is geplaatst. (De overige bepalingen van de BOPZ treden pas in werking op een door de Kroon te bepalen tijdstip nadat de uitvoeringsmaatregelen tot stand zijn gebracht).

### **Rechten van onvrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis verblijvende patiënten**

Ik kom dan nu aan het waarschijnlijk meest omstreden hoofdstuk van de BOPZ, namelijk hfdst. III (artt. 35 t/m 42), dat gewijd is aan de *'Rechten van onvrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis verblijvende patiënten'*. Hierin treffen we de bepalingen aan over behandelingsplan, dwangbehandeling (art. 37) en dwangmiddelen/maatregelen (art. 38).

Ik wil mij in dit kader beperken tot het weergeven van enkele commentaren en voorstellen uit de literatuur, naast vermelding van jurisprudentie. Voor ik daartoe overga volgt eerst een kort overzicht van de – andere – in dit hoofdstuk genoemde 'rechten'.

- Recht op schriftelijke informatie met mondelinge toelichting, onder meer over de persoon die in het bijzonder verantwoordelijk zal zijn voor de behandeling (art. 35), en over de in het ziekenhuis geldende huisregels en de patiënt daarin toegekende rechten. Een adres waaronder het bestuur voor klachten bereikbaar is moet daarvan deel uitmaken (art. 36). Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels ten aanzien van dit recht op informatie worden gegeven (art. 36 lid 4). Van verschillende kanten (Laurs, Werkgroep Krankz.-wet) wordt gepleit voor nadere aanduiding van zaken waarover de patiënt minimaal moet worden ingelicht, (bijv. (bij)werking van medicijnen) en voor vastlegging van de huisregels in reglementen die door de overheid worden goedgekeurd.
- Recht op schriftelijke communicatie: er kunnen geen beperkingen worden opgelegd in de uitoefening van het recht op vrije briefwisseling behoudens een in aanwezigheid van de patiënt uit te voeren controle op meegezonden voorwerpen (art. 39 lid 1). Door verschillende auteurs wordt er gewezen dat hier ten onrechte het recht op telefonisch contact ontbreekt.
- Het ontvangen van bezoek en de bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis overeenkomstig de daarvoor geldende huisregels, kunnen slechts beperkt worden als dit noodzakelijk is voor de gezondheidstoestand van de patiënt, ter handhaving van de orde in het ziekenhuis of ter voorkoming van strafbare feiten (art. 39). Deze formulering maakt een ruime interpretatie van beperkingen mogelijk. Uitdrukkelijk wordt evenwel gesteld dat de advocaat/procureur die als raadsman van de patiënt optreedt, een

justitiële autoriteit en de (hoofd)inspecteur geen beperking in het bezoek kan worden opgelegd (art. 39 lid 3).

Wat dan de bepalingen aangaande het behandelingsplan etc. betreft (artt. 37 en 38) deze kunnen als volgt worden samengevat: De patiënt heeft recht op een behandelingsplan dat in overleg met hem of, zo hij daartoe niet in staat is, met echtgenoot, wettelijk vertegenwoordiger en de naaste (familie)betrekkingen wordt gesteld. Geen behandeling kan worden toegepast als er geen overeenstemming is bereikt of als de patiënt, in staat zijn wil te bepalen ten aanzien van de behandeling, zich daartegen verzet, behalve als dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiend uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden (art. 37). Middelen of maatregelen, die niet in dit behandelingsplan zijn opgenomen, mogen slechts worden toegepast ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door de patiënt in het ziekenhuis als gevolg van zijn stoornis worden veroorzaakt. De middelen en maatregelen die in zo'n geval kunnen worden toegepast, worden bij algemene maatregel van bestuur aangewezen (art. 38).

Er wordt in de BOPZ dus expliciet onderscheid gemaakt tussen dwangbehandeling: art. 37 en het gebruik van dwangmiddelen: art. 38. Dit onderscheid zal in de praktijk niet altijd even duidelijk aantoonbaar zijn, zoals bij voorbeeld moge blijken uit het arrest van de Hoge Raad van 25 september 1981 (N.J. 1982 nr. 541) in de zaak Post/Vijverdal. Enerzijds overweegt dit hoogste rechtscollege dat een patiënt in beginsel niet tegen zijn wil behandeld kan worden maar dat er omstandigheden kunnen zijn waarin *dwangbehandeling* toelaatbaar is en hij acht deze in het onderhavige geval aanwezig. Anderzijds wordt het toedienen van het psychofarmakon fluanxol (in depotvorm!) uitdrukkelijk op één lijn gesteld met het toepassen van fysieke *dwangmiddelen*. Als criterium voor de toelaatbaarheid van dwangmedicatie wordt gehanteerd: 'ernstig gevaar voortvloeiend uit de stoornis van de geestvermogens van de patiënt, met name ook voor de medepatiënten': het BOPZ-criterium voor dwangbehandeling! Voor degenen die geïnteresseerd zijn in een nadere beschouwing over deze problematiek verwijs ik naar mijn artikel 'Gedwongen toediening van geneesmiddelen bij psychiatrische patiënten', T. voor Gezondheidsrecht 82/6.

In een vonnis van 20 januari 1983 in een Kort Geding dat eveneens gedwongen toediening van fluanxol in depotvorm tot inzet had, merkt de President van de Haagse Rechtbank op dat 'het redelijkerwijs niet mogelijk is deze (gedwongen)\* *verpleging* te verrichten anders dan met regelmatige toediening van de geneesmiddelen fluanxol en sordinol; hoezeer deze ook onaangename bijwerking hebben voor eiser. Indien en voorzover eiser weigert zich vrijwillig deze medicijnen te laten toedienen, is het onvermijdelijk dat die toediening geschiedt onder toepassing van zekere verdere dwang

\* invoeging van auteur

dan de verpleging krachtens rechterlijke machtiging uiteraard reeds meebrengt'. Mijns inziens wordt in deze zaak de toediening van de psychofarmaca tegen de wil van de patiënt eerder als een vorm van dwangbehandeling dan als het gebruik van dwangmiddelen opgevat. Het is van belang dit onderscheid te maken als men zoals bij voorbeeld Laurs (Intermediair) voor de legitimatie van dwangbehandeling een aparte wettelijke regeling nodig acht. In plaats van een rechterlijke toetsing achteraf, die via het hierna nog te bespreken klachtrecht mogelijk is, stelt hij een rechterlijke toetsing *vooraf* voor. Een 'Commissie Dwangbehandeling', bestaande uit onafhankelijke experts, dient de rechter te adviseren over de vraag of dwangbehandeling volgens algemene professionele normen geïndiceerd is. Bij deze Cie., waarin de Inspectie zou moeten participeren, zou ook het gebruik van dwangmiddelen moeten worden aangemeld. Blijkt bij de Cie. dat door het herhaald toepassen van bepaalde dwangmiddelen via een omweg dwangbehandeling wordt toegepast, dan kan het nodige worden ondernomen. Volgens Laurs is een dergelijke regeling niet schadelijk voor de hulpverleners; zij worden er juist door beschermd tegen onnodige en onrechtvaardige procedures.

De hulpverleners zelf hebben, bij monde van de NZR, een geheel andere wijziging van de BOPZ op het punt van de dwangbehandeling aangedragen. Vooral waar het SGA-patiënten betreft staat men voor de keuze enerzijds psychiatrische ziekenhuizen te ontlasten van de dwangpatiënten te herbergen die de instelling slechts als custodiaal verzorgingstehuis gebruiken (de desbetreffende patiënten zouden die verzorging elders moeten ontvangen) of anderzijds de BOPZ zo te wijzigen dat de patiënt die met een machtiging is opgenomen ook met dwang behandeld kan worden. De laatste oplossing verdient volgens de NZR de voorkeur. Het criterium voor dwangbehandeling zou daarom veranderd moeten worden van 'volstreckte noodzakelijkheid om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiend uit de stoornis van de geestvermogens af te wenden' in: 'het belang van de patiënt of anderen dat deze behandeling bepaaldelijk vordert'. De toetsing of door betrokkene juist is gehandeld dient primair in handen van de inspectie te liggen, maar zal ook door de rechter moeten geschieden ter vorming van jurisprudentie waarmee invulling gegeven wordt aan de in de BOPZ gehanteerde begrippen, aldus de NZR. U ziet het ook hier: twee nogal tegengestelde standpunten, de één meer op jurisdisering gericht, de ander van behoudender aard; de één meer vanuit de rechtspositie van de patiënt gezien, de ander meer vanuit de mogelijkheden tot behandeling.

Persoonlijk ben ik van mening dat de regeling van behandelingsplan en dwangbehandeling in art. 37 BOPZ noch de patiënt, noch de behandelaars een juridisch noodzakelijk houvast biedt. Vanuit de patiënt gezien zou ik zelfs willen stellen dat, onder het mom van een gedetailleerde regeling van zijn rechten, de deur voor manipulatie wijd wordt opengezet, vooral door de belangrijke rol die daarin aan echtgenoot, naaste (familie)betrekkingen en wettelijke

vertegenwoordiger wordt toegekend; een rol die genoemde personen overigens ook op andere plaatsen in de BOPZ (bij verzoek machtiging, bij omzetting van vrijwillig in gedwongen verblijf) hebben gekregen en die mijns inziens nadere overweging verdient.

## Het klachtrecht

Ter afronding van de in hoofdstuk III verleende rechten is een klachtenregeling opgenomen (art. 40) tegen beslissingen die een schending van deze rechten zouden opleveren. De voorgestelde procedure is echter omslachtig (de klacht moet eerst door het bestuur van het ziekenhuis worden behandeld en kan bij de afwijzing slechts via de inspectie aan de rechter worden voorgelegd), is tijdrovend (voor beide genoemde instanties geldt een termijn van 2 weken) en bovendien heeft de indiening van de klacht geen schorsende werking. Zeker als de figuur van de pat. vertrouwenspersoon, die voor klachtenbemiddeling zorgt, in de psychiatrische ziekenhuizen vaste voet aan de grond heeft gekregen, lijkt mij klachtenbehandeling direct door de rechter meer aangewezen. Gezien de geschetste gebreken aan de onderhavige regeling, zal de patiënt in spoedeisende zaken zijn toevlucht wel (blijven) zoeken in het Kort Geding, zoals hij ook nu doet omdat het reeds vermelde Besluit erkenningsvoorwaarden in verband met de rechtspositie van psychiatrische patiënten in het geheel geen klachtenregeling bevat, maar het toezicht op de naleving van de regeling opdraagt aan de Hoofdinspectie. Hoewel dit besluit verplicht tot opstelling van een behandelingsplan, zwijgt het over eventuele toelaatbaarheid van dwangbehandeling; dwangmiddelen mogen slechts in noodsituaties worden toegepast en moeten volgens de richtlijnen van de Hoofdinspectie worden geregistreerd dan wel gemeld.

## Besluit

Om de lengte van dit artikel binnen de perken te houden zal ik onderwerpen als verlof, voorwaardelijk ontslag en ontslag op verzoek van de patiënt achterwege laten.

Als afsluiting wil ik trachten de in het begin gestelde vragen te beantwoorden.

Op de vraag of de BOPZ er moet komen en of deze *nu* moet komen zeg ik ja. Op de 3e vraag, of de BOPZ er in de huidige versie moet komen, heb ik in het voorafgaande eigenlijk al gereageerd. Mijns inziens dient in ieder geval de regeling van behandelingsplan en dwangbehandeling gewijzigd te worden, zou de rol van de familie etc. nader bezien moeten worden en is de klachtenregeling voor verbetering vatbaar.

Ter toelichting op deze antwoorden nog het volgende. De Kz.-wet is nodig aan vervanging toe. Elders\* is daarop al uitvoerig de

\* Te weten de inleiding van de heer J. B. van Borssom Waalkes, psychiater, op dezelfde studiedag.

aandacht gevestigd. Voorts verplicht het Verdrag van Rome ons de wetgeving op dit gebied in overeenstemming met dit Verdrag te brengen, hetgeen in de BOPZ gebeurt. De thans van toepassing zijnde Winterwerprichtlijnen van de Minister van Justitie blijken in de praktijk zo moeilijk te hanteren, dat ze òf genegeerd worden òf zo uiteenlopend geïnterpreteerd dat er van rechtsgelijkheid geen sprake meer kan zijn. Reden waarom de BOPZ er nu moet komen. Bovendien zijn we al 12 jaar aan deze wet aan het sleutelen. Die lange periode heeft nut gehad omdat de ontwikkeling van nieuwe inzichten er zijn neerslag in kon vinden; maar we kunnen hier niet eindeloos mee doorgaan, terwijl we het intussen met een verouderde Kz.-wet en allerlei interimregelingen moeten stellen. Ik vind daarom dat het wetsontwerp BOPZ zo spoedig mogelijk aan het Parlement dient te worden voorgelegd. Daar moet dan worden uitgemaakt waar onze samenleving op dit moment aan toe is. Voor het geval de meest betrokkenen (pat.-beweging, behandelaars, maar ook rechterlijke macht en advocatuur) ernstige bezwaren tegen het voorliggende ontwerp hebben, dienen zij die duidelijk onder de aandacht van de Kamerleden te brengen; via amendementen kunnen deze dan nog ter discussie worden gesteld. De patiëntenbeweging heeft, vooral bij monde van de Werkgroep Krankzinnigenwet er steeds voor gezorgd dat haar stem in deze werd gehoord. Afgezien van het commentaar dat de NZR aan de Bijzondere Kamercie. voor de BOPZ heeft gezonden en enkele incidentele publikaties van verontruste psychiaters lijkt de BOPZ voor de psychiaters nog niet erg te leven. Met dit artikel hoop ik er toe te hebben bijgedragen dat deze enigszins voorbereid zijn op wat hen met de BOPZ boven het hoofd hangt.

## Literatuur

- Cohen Stuart, H. M. (1982), Wet BOPZ zonder psychiater? Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen blijven regelen via oude Krankzinnigenwet, *Medisch Contact* 37, 565-567.
- Krul-Stekete, J. en R. A. Steenbergen (1982), Het wetsontwerp Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 37, 483-495.
- Krul-Stekete, J. (1982), Gedwongen toediening van geneesmiddelen bij psychiatrische patiënten, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 6, 224-233.
- Laurs, Paul (1982a), Kafka als leidsman? De rechten van de psychiatrische patiënt, *Intermediair* 18, 11-15.
- Laurs, P. H. J. (1982b), De psychiatrische patiënt op weg naar het recht? Een commentaar op het wetsontwerp BOPZ, *Proces* 61, 173-187.
- Marlet, J. J. C. (1982), Redactioneel, *Tijdschrift voor psychiatrie* 24, 451-453.
- Minister van Justitie, Richtlijnen voor toepassing Krankzinnigenwet en verlenging t.b.r. (Winterwerprichtlijnen) 16 april 1980, *Nederlandse Staatscourant* 18 juni 1980-nr. 115 en Toelichting bij deze richtlijnen, brief d.d. 9 maart 1981 aan de Hoofdofficieren van justitie.
- Nationale Ziekenhuisraad (1982), Commentaar op laatste versie wetsontwerp BOPZ, *Het Ziekenhuis* 12, 642-644.
- Ontwerp van Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen, Kamerstuk 11270, waarvan als meest relevante stukken

- Ontwerp van Wet (nr. 2) en Memorie van Toelichting (nr. 3) van 22-4-1971
- Voorlopig Verslag van de Bijzondere Kamercommissie (nr. 5) van 2-5-1972
- Memorie van Antwoord (nr. 7) met Gewijzigd Ontwerp van Wet (nr. 9) van 15-10-1976
- Nader Voorlopig Verslag (nr. 10) van 22-8-1977
- Nadere Memorie van Antwoord (nr. 12) met Nader Gewijzigd Ontwerp van Wet (nr. 14) van 5-2-1980
- Eindverslag (nr. 16) van 9-10-1980
- Nota naar aanleiding van het eindverslag (nr. 17) met Tweede nader Gewijzigd Ontwerp van Wet (nr. 19) van 3-3-1981
- Vierde nota van Wijziging (nr. 21) van 3-6-1982.

Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Besluit Nadere wijziging van het Besluit normen en voorwaarden voor erkenning van ziekenhuizen (rechtspositie van psychiatrische patiënten in ziekenhuizen), 27 juni 1980, *Nederlandse Staatscourant* 4 juli 1980, nr. 127.

Werkgroep Krankzinnigenwet (1982), *Botsing met de BOPZ*. Kommentaar op het Tweede Nader Gewijzigd ontwerp van de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen. P/a 2e Const. Huygensstraat 77, 1054 CS Amsterdam.

Werkgroep rechtspositie patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen (1980), *Eindrapport*, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.