

De rechter volgt de psychiater; een onderzoek naar de jurisprudentie over Bopz-aanvragen en -beslissingen in Nederland

T.E. STIKKER, R.A. SCHOEVERS, J.A. SWINKELS, C.L. MULDER,
J. DEKKER, W. VAN TILBURG

ACHTERGROND De indruk bestaat dat er verschillen zijn tussen regio's en ook tussen psychiaters en rechters in het toepassen van de criteria voor dwangopname volgens de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz).

DOEL Nagaan hoe de wettelijke criteria op dit moment worden geoperationaliseerd, over welke onderwerpen discussie bestaat en welke onderbouwing de rechter over het algemeen verlangt voor een besluit tot dwangopname.

METHODE Juridische analyse van alle rechterlijke uitspraken uit de periode 2002 tot medio 2005 gepubliceerd in het blad *Bopz Jurisprudentie*; geselecteerd werden uitspraken met relevante onderbouwing.

RESULTATEN De rechter volgde in 60 van de 99 gevallen het advies van de psychiater en besliste tot dwangopname. Afwijzing gebeurde op formele juridische gronden of doordat de omstandigheden ten tijde van de rechtszitting verschilden van die ten tijde van de geneeskundige verklaring. Er was weinig discussie over de stoornis en (ernst van) het daarmee verbonden gevaar, maar objectieve criteria daarvoor ontbraken.

CONCLUSIE De onderzochte jurisprudentie suggereert dat de ruimte binnen de marges van de wettelijk omschreven criteria in de praktijk nog onvoldoende wordt benut bij het aanvragen van een Bopz-maatregel. Het is van groot belang dat psychiaters hun bevindingen uitgebreid onderbouwen en de verklaring opstellen conform de eisen van de Wet Bopz en de behoefte aan informatie van de rechter. Het ontwikkelen en het gebruiken van instrumenten voor het beoordelen van (de ernst van) het gevaar en de stoornis in het kader van de Wet Bopz kunnen een belangrijke aanvulling betekenen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)9, 567-577]

TREFWOORDEN criteria, dwangopname, jurisdictie, psychiater, rechter, Wet Bopz

Het aantal dwangopnames is in de afgelopen jaren sterk gestegen (Mulder e.a. 2006). In 2003 werd van de circa 7000 verzoeken om een rechterlijke machtiging (RM) slechts 4% afgewezen; 96% werd toegewezen. Voor het aantal keren dat een last tot inbewaringstelling (IBS) is gegeven (ook circa 7000)

werd 63% door de rechter voortgezet, 20% niet voortgezet en van 17% is onbekend of de last tot IBS is voortgezet of niet (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2003).

Er bestaan mogelijk verschillen tussen regio's en ook tussen psychiaters en rechters in het toe-

passen van de criteria waaronder een dwangopname kan volgen (GGZ Nederland 2005). Deze verschillen komen zowel voor bij de psychiaters die de geneeskundige verklaring opmaken, als bij de rechters die een verzoek ter verkrijging van een machtiging beoordelen op basis van de geneeskundige verklaring. Hierdoor kunnen verschillen in zorg en rechtspositie voor betrokkenen ontstaan.

Er is een aantal mogelijke oorzaken aan te wijzen voor de verschillen in interpretatie van de criteria. Allereerst bestaan er verschillen in informatievergaring door de rechter. Waar ingevolge artikel 8 lid 1 en lid 3 van de Wet Bopz de rechter verplicht is de patiënt te horen, en deze verplicht een raadsman krijgt toegevoegd, is voorlichting door informanten, deskundigen of getuigen bij het onderzoek door de rechter (artikel 8 lid 4 Wet Bopz) vrijblijvend. De rechter laat zich, zo mogelijk, voorlichten door de indiener van het verzoek, de partner, degene door wie betrokkene wordt verzorgd, de ouders van betrokkene die het gezag uitoefenen; de voogd, curator of mentor van betrokkene; de instelling of de psychiater die de betrokkene behandelt of begeleidt; en degene die de betreffende geneeskundige verklaring heeft afgegeven. Er zijn echter geen consequenties als de rechter zich niet laat voorlichten door deze personen of anderen wil horen.

Een tweede mogelijke oorzaak betreft verschillen in ervaring en opleiding van psychiaters als het gaat om de toepassing van Bopz-criteria voor de geneeskundige verklaring. Als derde oorzaak voor de verschillen kan men noemen dat het in Nederland niet goed mogelijk is om inzicht te krijgen in de jurisprudentie: er bestaat geen vrij toegankelijk landelijk systeem waarin de volledige jurisprudentie omtrent maatregelen in het kader van de Wet Bopz kan worden ingezien. Verder wordt niet elke uitspraak door de rechter beargumenteerd.

Een vierde mogelijk complicerende factor bij de uitvoering van de Wet Bopz is het verschillende perspectief van medici en juristen. Het schrijven van een geneeskundige verklaring met als doel

dwangopname is gebaseerd op het medisch oordeel van een psychiater. Deze heeft als uiteindelijk oogmerk een verbetering van de situatie van de patiënt. Het niet-schaden en het verbeteren of stabiliseren van de gezondheidstoestand van de patiënt staan centraal bij goed medisch handelen. De beslissing tot de dwangopname is nadrukkelijk een juridische, die door de rechter wordt genomen. Het afwenden van gevaar en het waarborgen van de rechtspositie van betrokkene staan centraal bij de rechter.

Er bestaat in het veld inmiddels een duidelijke behoefte aan richtlijnen voor een eenduidiger interpretatie van deze criteria (GGZ Nederland 2005) en voor de toepassing van dwang in de psychiatrie. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft hiertoe in december 2003 de Richtlijncommissie Dwang geïnstalleerd.

In het kader hiervan werd een systematische inventarisatie gemaakt van de jurisprudentie over de toepassing van de criteria voor dwangopname in Nederland. De vraag hierbij was: hoe zijn de criteria voor de dwangopname in Nederland op dit moment geoperationaliseerd, over welke onderwerpen bestaat discussie, en welke onderbouwing verlangt de rechter over het algemeen voor een besluit tot dwangopname? In dit artikel beschrijven wij het resultaat van deze inventarisatie.

METHODE

Aan de hand van de wettelijke criteria werd de Nederlandse jurisprudentie uit de periode 1 januari 2002-11 juni 2005 bestudeerd. Daarnaast werd gebruikgemaakt van het proefschrift *Doen en laten in de Bopz-machtigingsprocedure* (Dijkers 2003).

De jurisprudentie werd opgezocht in het tijdschrift *Bopz Jurisprudentie* (BJ) (Tijdschrift voor beslissingen aangaande dwangtoepassing in de geestelijke gezondheidszorg). Van alle rechterlijke beschikkingen in Bopz-aangelegenheden wordt in Nederland een onbekend deel door de rechtbanken zelf opgestuurd naar de redactie van dit tijdschrift. De redactie neemt elk jaar een selectie van ongeveer 60 vonnissen op: alle uitspraken van de

Hoge Raad en een bloemlezing van andere beslissingen over dwang van andere rechterlijke colleges.

Alle (circa 230) rechterlijke uitspraken die van 1 januari 2002-11 juni 2005 in het tijdschrift zijn gepubliceerd, werden geanalyseerd. Geselecteerd werden uitspraken waarin een nadere invulling werd gegeven aan een of meer van de opnamecriteria en uitspraken die andere bijzonderheden bevatten waardoor het besluit tot dwangopname op enigerlei wijze werd beïnvloed. Voorts werden beschikkingen geselecteerd waarin de rechter nader motiveerde waarom een opnamecriterium wel of niet aan de orde was. Uitspraken die niet in het tijdschrift BJ waren opgenomen, werden buiten beschouwing gelaten.

In dit artikel wordt bij de bespreking steeds verwezen naar de volledige beschrijving van de casus in het blad BJ (jaartal/uitspraaknummer; niet apart opgenomen in de literatuurlijst) dan wel naar de uitgebreidere bespreking in het Onderzoeksverslag richtlijn dwangopname (Schoevers e.a. 2006).

RESULTATEN

Er werden 99 uitspraken geselecteerd; in tabel 1 wordt een overzicht gegeven van deze beschikkingen. Wij maakten geen onderverdeling in IBS en RM, omdat alleen gekeken werd of een dwangopname in het kader van de Wet Bopz werd gerealiseerd. In 91 van de 99 uitspraken motiveerde de rechter waarom wel of geen maatregel werd verleend.

In 8 vonnissen oordeelde de rechter dat er voldaan was aan alle criteria van de Wet Bopz, zonder die te noemen; volstaan werd dan bijvoorbeeld met de opmerking 'er is voldaan aan het gevaarscriterium'. Deze werden daarom niet in het onderzoek opgenomen. Er werden 5 uitspraken aangehouden en in 20 gevallen werd door de rechter geen maatregel verleend. In 8 gevallen was er een andere vraag dan een verzoek tot opname.

Negatieve beslissingen door de rechter

In twee derde van de gevallen waarin een maatregel werd gevraagd (60 van de 91, zie tabel 1), werd deze door de rechter ook verleend. De rechter legde in 1 geval een andere maatregel op dan waarom was gevraagd. Bij de 20 zaken waarin de rechter geen maatregel oplegde, was dat veelal op formele gronden. Dit kon zijn omdat het gevaar was afgewend daar betrokkene in detentie verbleef (BJ 2002/37, 2002/48), of omdat het 'niet verenigbaar met artikel 2 Wet Bopz' werd geacht om een RM te verlenen teneinde later zo nodig dwangbehandeling mogelijk te maken bij iemand die op het moment van de zitting meewerkte aan behandeling (BJ 2002/16).

De officier van justitie werd 4 maal niet ontvankelijk verklaard in zijn verzoek. Ook hier waren er formele beletsels, bijvoorbeeld dat de verklaring was opgesteld door de behandelend psychiater of arts, terwijl er geen noodsituatie was die het noodzakelijk maakte om van het principe af te wijken (BJ 2002/25). In een ander geval was reeds een

TABEL 1 Beschikkingen door de rechter bij aanvragen dwangopname (n=99)*

Rechterlijke beschikkingen	n
RM/IBS verleend (met toelichting criteria)	52
RM/IBS verleend (zonder toelichting criteria)	8
Beslissing aangehouden	5
Maatregel niet verleend	20
Andere maatregel dan gevraagd	1
Ovj niet ontvankelijk verklaard	4
Anders (vraagstelling was niet dwangopname)	8
Onbekend	1

*Uitspraken gepubliceerd in het blad BOPZ Jurisprudentie, 1 januari 2002-11 juni 2005.

RM = rechterlijke machtiging; IBS = inbewaringstelling; OvJ = officier van justitie.

terbeschikkingstelling (TBS)-maatregel opgelegd en diende voorkomen te worden dat daarmee strijdige beslissingen werden genomen (BJ 2003/27) (zie ook: arrest Hoge Raad 18 april 2003).

In een andere zaak was er geen feitelijke IBS meer omdat de patiënt met IBS was ontsnapt en de instelling niets had gedaan om betrokkene terug te halen (BJ 2004/7). Ten slotte was er een casus waarbij de burgemeester een last tot IBS per order had laten tekenen door het hoofd van de sociale dienst: ook hier werd de officier van justitie op formele gronden niet ontvankelijk verklaard (BJ 2004/30).

In de 5 gevallen dat de rechtbank de beslissing had aangehouden of na een uitspraak door de Hoge Raad de zaak voor een nieuwe beslissing werd terugverwezen, was de nieuwe beslissing van de rechtbank onbekend.

Uitspraken aangaande de stoornis

De aanwezigheid van een stoornis die dwangopname rechtvaardigde en de aanwezigheid van het daaruit voortvloeiende gevaar waren de meest gemotiveerde criteria. Niet elke psychiatrische stoornis was voldoende voor een dwangopname; het moest gaan om een stoornis (of combinatie van stoornissen) die het denken, voelen, willen en doelgericht handelen zodanig beheerst dat betrokkene het veroorzaakte gevaar als het ware niet kan worden toegerekend.

Tabel 2 geeft een overzicht van de stoornissen die in de geïncludeerde uitspraken aan de orde waren. Psychotische of stemmingsstoornissen werden wel als enige diagnose voldoende geacht voor het criterium 'stoornis' in het kader van de

Wet Bopz. Slechts in 2 uitspraken was een persoonlijkheidsstoornis de enige diagnose, waarbij dan wel melding werd gemaakt van bijkomende zaken zoals ernstige gedragsstoornissen. In de 22 uitspraken waarin gewag werd gemaakt van meer dan 1 psychiatrische stoornis ging het om bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornis met verslaving, zwakzinnigheid met gedragsstoornissen, of verstandelijke handicap met druggebruik plus schizofrenie. Verslaving of ernstig middelenmisbruik maakte in bijna de helft van de gevallen waarin een dwangopname volgde, als comorbiditeit deel uit van de stoornissen waar betrokkene aan leed. Het verschil in interpretatie bij rechters maakte het mogelijk dat bij sommige gevallen combinaties van stoornissen wel als stoornis in de zin van de wet Bopz werden gezien, en in andere gevallen niet (BJ 2003/57, 2003/28).

Uitspraken aangaande het gevaar

Onder gevaar moet worden verstaan de dreiging dat uit de gegeven omstandigheden nadeel zal voortvloeien. Het gevaar hoeft zich niet te hebben gemanifesteerd, wel moet een aanzienlijke kans bestaan dat het onheil zich zal voordoen als niet wordt ingegrepen (Leijten 1986; Widdershoven 1998).

Bij patiënten met de diagnose schizofrenie werden veelal twee of meer vormen van gevaar vastgesteld: gevaar voor betrokkene zelf en/of derden, of juist gevaar voor een ander en gevaar dat betrokkene agressie van anderen over zichzelf zou afroepen. Slechts een enkele keer leverde betrokkene alleen gevaar voor zichzelf op; eenmaal vanwege suicidaliteit en eenmaal doordat betrokkene

TABEL 2		Rechterlijke uitspraken aangaande de stoornis (n=91) bij beslissingen inzake dwangopname*
Type stoornis	n	(%)
Schizofrenie	30	(32,9)
Bipolaire stoornis	12	(13,1)
Persoonlijkheidsstoornis	2	(2,2)
Stoornis i/h gebruik van middelen	3	(3,4)
Meer dan 1 psychiatrische stoornis	22	(24,2)
Stoornis aanwezig, maar niet nader omschreven	22	(24,2)

*Uitspraken gepubliceerd in het blad BOPZ Jurisprudentie, 1 januari 2002-11 juni 2005.

zo sterk was vermagerd dat er een levensbedreigende situatie was ontstaan.

Soms was niet duidelijk onder welke categorie gevaar een bepaald onheil moest worden ondergebracht, zoals de man die een dreigende houding aannam bij benadering of die zich seksueel exhibitionistisch gedroeg. Roept dat uiteindelijk agressie voor betrokkene op, levert het psychische schade voor een ander op, of wellicht beide? In ieder geval oordeelde de rechter dat er sprake was van gevaar (BJ 2004/55).

Bij een patiënt die zichzelf verwaarloosde, speelde tevens mee dat hij zijn huisdieren ernstig verwaarloosde, en door slecht onderhoud een onveilige situatie creëerde: de dwangopname werd voor een jaar voortgezet (BJ 2004/29).

Ook bij personen die leden aan een affectieve stoornis betrof het onheil meestal twee of meer vormen van gevaar. Hierbij lag de nadruk meer op het gevaar voor betrokkene zelf dan op gevaar voor anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen. In één geval bestond het gevaar alleen uit gevaar voor suicide, maar vaker werden ook zelfverwaarlozing en maatschappelijke aftakeling genoemd.

Bij patiënten die aan meerdere stoornissen tegelijkertijd leden, was het gevaar om maatschappelijk te gronde te gaan of zichzelf ernstig te verwaarlozen even vaak een relevant criterium als het gevaar dat betrokkene een ander ernstig lichamenteel letsel zou toebrengen of een ander van het leven zou beroven. Over het geheel genomen bleek dat gevaar voor zelfverwaarlozing even vaak als gevaar voor een ander tot dwangopname leidde.

Opvallend was dat er slechts viermaal gewag wordt gemaakt van een afwijzing door de rechter op grond van discussie over het gevaar. Zo kon de inschatting van het gevaar ten tijde van de zitting gewijzigd zijn door veranderde omstandigheden. In een vonnis werd aangegeven dat het in de geneeskundige verklaring genoemde bevriezingsgevaar ten tijde van de beoordeling door de rechter niet meer speelde, aangezien de temperatuur inmiddels weer boven nul lag (BJ 2003/48). Ook werd geen RM verleend in een zaak waar de psy-

chiater een RM vroeg voor een patiënt met een psychotische depressie omdat die mogelijk in de toekomst behandeling zou gaan weigeren, maar dat nu niet deed (BJ 2002/16). Een goed gemotiveerde rechterlijke beslissing over de mate van gevaar werd besproken in BJ 2002/33: 'betrokkene is wel vermagerd, maar niet op een gevaarlijke wijze; zijn woning is weliswaar niet opgeruimd, maar ook niet ernstig vervuild; betrokkene neemt deel aan maatschappelijke activiteiten, en hij veroorzaakt geen overlast; hij betaalt zijn huur, al laat hij de post ongeopend liggen'. Men maakte zich kennelijk zorgen om deze man en wilde liever hulp bieden dan hem aan zijn lot over te laten. De rechter wees het verzoek om een voorlopige machtiging echter af. Bij de gevaarsgrond 'maatschappelijk te gronde gaan' werd in een andere uitspraak de huidige situatie (betrokkene verbleef in het huis van haar ouders en kwam tot niets) vergeleken met een eerdere situatie, waarin de betreffende patiënt een goede baan had en een druk sociaal leven leidde. Hier wordt wel een RM afgegeven (BJ 2002/27).

In twee casussen werd gevaar voor kinderen als grond voor een maatregel verder uitgewerkt. In een uitspraak werd aangegeven dat er weliswaar een ondertoezichtstelling bestond om het welbevinden van de kinderen te waarborgen, maar dat een Bopz-maatregel noodzakelijk was om de stoornis van moeder (schizofrenie) te behandelen (BJ 2002/23). In een andere zaak werd uitgesproken dat ook de bescherming van het ongeboren kind reden kan zijn voor een Bopz-maatregel bij een zwangere vrouw met een psychiatrische stoornis (BJ 2005/23).

Uitspraken aangaande het causaal verband

De relatie tussen stoornis en gevaar stond enige malen ter discussie. In een uitspraak over een 18-jarige asielzoeker was er 'geen causaal verband tussen gevaar en stoornis, maar tussen gevaar (suicide) en angst om wat de betrokken asielzoeker in eigen land te wachten staat'; vastgesteld werd ook dat hier geen sprake was van een geestesstoornis (BJ 2003/16). In een uitspraak over een patiënte met

een borderlinepersoonlijkeitsstoornis werd gesteld dat het gevaar (tentamen suïcidii) 'geen product was van de stoornis, en zij in staat was tot vrije wilsbeschikking' (BJ 2002/55). Daarom werd geen RM opgelegd. Wel werd geadviseerd om een RM op eigen verzoek aan te vragen omdat hierbij geen causaal verband vereist is.

Uitspraken aangaande 'de nodige bereidheid'

De rechtbank heeft een zekere beoordelingsmarge over de vraag of een patiënt blijk geeft van de nodige bereidheid tot vrijwillig verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis; deze dient consistent en onvoorwaardelijk te zijn. Indien een patiënt aanvullende voorwaarden stelde waar de instelling niet aan kon voldoen, concludeerde de rechtbank dat de vereiste bereidheid niet aanwezig was (BJ 2003/1; 2003/4). Ook werd enkele malen vastgesteld dat patiënten die wel in een psychiatrisch ziekenhuis wensten te verblijven, maar 'een behandeling gericht op het verminderen van het gevaar' weigerden, niet voldeden aan het criterium 'de nodige bereidheid' (BJ 2002/1; 2004/54; 2004/59). De maatregel werd in deze gevallen door de rechter opgelegd.

Uitspraken aangaande de geneeskundige verklaring

Rechters hechten belang aan een aantal algemene kenmerken van de geneeskundige verklaring. Zo bleek ten eerste dat omschrijvingen en motivering van de verschillende criteria, eventueel aangevuld met informatie uit het verleden, eerder tot een positieve beschikking door de rechter leidden dan wanneer de criteria niet werden onderbouwd door feiten (zie ook 'negatieve beslissingen').

Uit verschillende beschikkingen bleek voorts het belang dat rechters hechten aan het opstellen van de geneeskundige verklaring door een onafhankelijk psychiater, die betrokkene zelf heeft onderzocht. Toch werden uitzonderingen toegelaten, wanneer de psychiater die de verklaring had opgesteld voldoende aannemelijk had gemaakt

waarom hij betrokkene niet zelf had kunnen onderzoeken. Wanneer betrokkene bijvoorbeeld medewerking aan een geneeskundig onderzoek weigert en de deur dicht houdt, is het vaste jurisprudentie dat in een dergelijke situatie de psychiater een extra motiveringsplicht heeft en de rechter een extra onderzoeksplicht. In een dergelijk geval diende de geneeskundige verklaring gebaseerd te zijn op dossiergegevens, waarnemingen en/of verklaringen van anderen (BJ 2004/55).

Een geneeskundige verklaring van een psychiater in opleiding werd alleen toegelaten, als de superviserend psychiater zelf actief betrokken was bij het opstellen daarvan en verklaarde volledig achter het onderzoek en de verklaring te staan (BJ 2003/7). Een andere zaak werd door de rechtbank aangehouden omdat de beoordeling was gedaan door de psychiater in opleiding zonder dat de psychiater daarbij aanwezig was. De superviserend psychiater diende zelf de patiënt te zien (BJ 2003/6).

Ook het principe van hoor en wederhoor bleek strikt te worden toegepast. Wanneer betrokkene zonder aannemelijke motivatie niet was gehoord door de rechter, kon deze een gevraagde maatregel niet toewijzen ondanks dat voldaan werd aan alle wettelijke criteria. Een formeel bezwaar werd vastgesteld in een zaak waarbij de psychiater ter zitting door de patiënt werd geslagen, en noch de patiënt, noch de raadsman door de rechter kon worden gehoord. Dit vormde voor de Hoge Raad reden om de zaak terug te verwijzen vanwege schending van het fundamentele beginsel van hoor en wederhoor (BJ 2003/2).

Uitspraken aangaande andere dan de wettelijke criteria

De wettelijk opgesomde criteria waaraan voldaan moet zijn voor een dwangopname, zijn limitatief; dat wil zeggen: of de patiënt in kwestie of diens stoornis behandelbaar is, is rechtens geen relevant criterium. De uitspraken bevestigden dat het gaat om de vraag of het gevaar ten gevolge van de stoornis alleen kan worden afgewend door de dwangopname (BJ 2002/55).

Wanneer niet aan alle criteria is voldaan, dient als regel geen IBS of voorlopige machtiging te worden verleend. Ook hier echter werden incidenteel uitzonderingen toegelaten. Zo werd voor een 12-jarig meisje, dat nog niet door een psychiater was beoordeeld, toch een IBS gegeven aangezien zij suïcidaal was. Toen echter na drie dagen de rechter kwam en zij nog steeds niet psychiatrisch was beoordeeld, maar wel in de separeer verbleef, bekrachtigde de rechter de IBS niet. Gesteld werd dat een psychiater moet beoordelen of er sprake is van een psychiatrische stoornis op grond waarvan iemand van zijn vrijheid mag worden beroofd (BJ 2002/29).

Een maatregel in het kader van de Wet Bopz kan ook worden verleend om gunstige voorwaarden te scheppen waarbinnen een somatische behandeling kan plaatsvinden. Aan alle criteria dient dan wel weer te zijn voldaan. Dit was bijvoorbeeld het geval in een zaak waarbij door de dwangopname gunstige voorwaarden konden worden gecreëerd waarbinnen behandeling van een longcarcinoom kon plaatsvinden (BJ 2003/49).

Uitspraken over de rol van de arts bij de geneeskundige verklaring

Bij de rechtszitting toetst de rechter allereerst op formele gronden het medisch-inhoudelijk oordeel: is er sprake van een geestesstoornis die betrokkene gevaar doet veroorzaken? Tevens toetst de rechter of de overige wettelijk voorgeschreven regels zijn gevolgd. Het is echter een juridisch oordeel of de betrokken persoon ten gevolge van zijn stoornis een gevaar oplevert in de zin van de Wet Bopz. Bij dit laatste heeft de psychiater een adviseerende, voorlichtende rol, terwijl de rechter een beslissende rol heeft. De rechter heeft daarbij nadrukkelijk behoefte aan sociale en historische informatie over betrokkene: *‘De geneeskundige verklaring kan niet beperkt blijven tot de constatering dat sprake is van een geval als bedoeld in art. 2, tweede lid, van het ontwerp. De feitelijke situatie waarin betrokkene verkeert alsmede de relevante punten uit de medische en sociale voorgeschiedenis van betrokkene (waaronder al*

eerder ondernomen of overwogen andere oplossingen voor wat betreft de hulpverlening) zullen eveneens aan de rechter bekend moeten zijn.’ (Dijkers 2003; Nadere Memorie van Antwoord 1979).

De redactie van BJ voegt daar nog aan toe dat niet al die informatie in de geneeskundige verklaring hoeft te worden opgenomen, maar adviseert dat de officier van justitie *‘er goed aan doet om verdere relevante informatie, meestal voorhanden bij de politie, mede te overleggen’* (BJ 2002/33, p. 113).

BESPREKING

Met dit onderzoek beogen wij een beeld te schetsen van de jurisprudentie aangaande de Wet Bopz in Nederland. Alvorens over te gaan tot een bespreking van de belangrijkste bevindingen moeten wij eerst enkele kanttekeningen maken bij de betekenis van de gevonden resultaten.

Kanttekeningen De eerste kanttekening geldt de representativiteit van de beschreven jurisprudentie voor de gangbare praktijk in rechtszaken over de Wet Bopz in Nederland. Uit een totaal van inmiddels meer dan 15.000 uitspraken per jaar selecteren individuele juristen bij een aantal rechtbanken op eigen initiatief casuïstiek die zij opsturen naar het blad BJ. De beslissing om een casus op te sturen is zonder twijfel afhankelijk van een scala aan factoren die niet uitsluitend te maken hebben met de inhoud van de uitspraak. Er zijn rechtbanken die nooit een zaak opsturen, er zijn er die dat met enige regelmaat doen. Er zijn juristen die hier specifieke belangstelling voor hebben en die een dergelijke actie spontaan ondernemen en anderen die dit nooit doen. Vanuit methodologisch oogpunt is het daarom sterk de vraag in hoeverre aan de hand van een dergelijke steekproef uitspraken kunnen worden gedaan over de Nederlandse praktijk. Vooral bij de Wet Bopz die, ook in de ogen van rechtsdeskundigen, veel verschillen in interpretatie toelaat (zie diverse annotaties bij uitspraken opgenomen in BJ) is het niet goed mogelijk een volledig, laat staan kwantitatief beeld te verkrijgen van het to-

taal aan uitspraken en afwegingen in Nederland. Niet alle uitspraken worden gepubliceerd, en de wel gepubliceerde uitspraken zijn verspreid over verschillende bronnen en niet goed toegankelijk voor systematisch onderzoek. Tegelijkertijd kan men stellen dat de door de deskundige redactie van BJ als interessant aangemerkte zaken wel degelijk een beeld geven van de mogelijkheden en onmogelijkheden, grenzen en in de praktijk gehanteerde toepassingscriteria van deze wet. Echter, ook de BJ-redactie is afhankelijk van de casuïstiek die aan haar wordt voorgelegd. De in dit onderzoek gebruikte methode om de actuele gang te beschrijven lijkt derhalve onder de omstandigheden passend, maar is niet optimaal.

Bevindingen Ondanks deze methodologische bezwaren kan op basis van de gevonden resultaten een aantal conclusies worden getrokken. Allereerst valt op dat de rechter, wanneer althans aan de formele criteria voor de geneeskundige verklaring is voldaan, in meerderheid het advies van de psychiater opvolgt en beslist tot dwangopname. Vereist is dat de psychiater een stoornis en daarmee verbonden gevaar vaststelt, deze bevindingen voldoende onderbouwt en de verklaring opstelt conform de eisen van de Wet Bopz. De rechter wil breed geïnformeerd zijn voor hij een juridisch oordeel kan vellen over een voor de psychiater duidelijke casus.

Uit dit onderzoek kan verder worden opgemaakt dat psychiaters juist die zaken aan de rechter voorleggen waarbij een grote kans bestaat dat de rechter het advies zal volgen. Er bestaat weinig discussie over de aard en ernst van het gevaar, hetzelfde geldt voor causaliteit en de stoornis op zich. Indien hierover meer discussie zou hebben plaatsgevonden tussen psychiaters en rechters, zou dit zijn weerslag hebben gevonden in de beschreven jurisprudentie. Met enige voorzichtigheid kan worden geconcludeerd dat psychiaters blijkbaar geneigd zijn om af te wachten tot het gevaar voldoende ernstig is alvorens om een machtiging te verzoeken.

Bovendien blijkt een discussie over het

gevaarscriterium zelden te leiden tot een afwijzing van de dwangopname. Bij de geselecteerde uitspraken wordt in slechts 4 gevallen de geneeskundige verklaring waarin het gevaar dat door de psychiater is omschreven door de rechter te licht geacht. De discussie concentreerde zich dan in het bijzonder op het moment c.q. de omstandigheden en op de vraag of het beschreven gevaar ten tijde van de beoordeling door de rechter nog aan de orde was. Aangezien een gedwongen opname voor de patiënt een belastende en ingrijpende maatregel is, dient de psychiater vanzelfsprekend ook de principes van proportionaliteit en subsidiariteit te hanteren. Het is echter ook mogelijk dat er sprake is van een zekere 'anticipatieangst' van de psychiater, waarbij deze minder geneigd zou kunnen zijn een verklaring op te stellen wanneer hij of zij verwacht dat de rechter mogelijk geen machtiging zal verlenen. Dit zou er toe kunnen leiden dat juist die casussen waarmee in de jurisprudentie specifiekere grenzen kunnen worden bepaald niet aan de rechter worden voorgelegd. Een andere mogelijkheid is dat er veel rek zit in het gevaarscriterium en dat de mate van ernst minder een rol speelt; zolang het gevaar goed gedocumenteerd is en past binnen de algemene wettelijke omschrijvingen van gevaar zal de rechter hiermee akkoord gaan.

Hierin schuilt echter het grote probleem van de operationalisatie van het gevaar in de Wet Bopz. Een goede omschrijving van een gevaar is iets heel anders dan het definiëren van de ernst van dat gevaar. Op dit moment is er opvallend weinig jurisprudentie ontstaan over wat de rechter nog wel en wat niet als gevaar in de zin van de Wet Bopz kan aanmerken, en lijken de uitspraken hierover ook wat verschillend te zijn. Vastgesteld kan worden dat in de beschreven jurisprudentie gevaar voor zelfverwaarlozing en maatschappelijke teloorgang even vaak als gevaar voor een ander leidt tot dwangopname, maar een gradering, hoe lastig ook, is geenszins voorhanden. Hoe vervuild moet iemand zijn voordat men kan spreken van zelfverwaarlozing? Het ontbreekt op dit moment aan een meer objectieve weging van het gevaar, en

uit de jurisprudentie kan niet worden afgeleid waar de afkappunten zouden moeten liggen. Het is van belang dat zowel psychiaters als rechters hier meer consensus over ontwikkelen.

De door ons onderzochte jurisprudentie biedt ook weinig houvast bij het bepalen van de grenzen in de diagnostische categorieën. Hoewel de Wet Bopz zich niet lijkt te verzetten tegen het met dwang opnemen van personen met ‘alleen’ een verslaving, werden in de door ons onderzochte periode vooral combinaties met andere stoornissen door psychiaters aan de rechter voorgelegd. Het ligt voor de hand dat psychiaters de aard van de psychiatrische stoornis, de mate waarin ten gevolge van deze aandoening oordeels- en kritiekstoornissen zijn ontstaan, en het soort en de ernst van het hieruit voortvloeiend gevaar, mee laat wegen in dit oordeel. Wanneer iemand vanuit een paranoïde psychose een buurman te lijf gaat is dat wezenlijk anders dan wanneer iemand dat doet om aan geld te komen om een verslaving te onderhouden. Maar er bestaat ook rondom verslaving ernstige casuïstiek waarbij de middelenafhankelijkheid leidt tot extreme zelfverwaarlozing en gevaar voor de gezondheid. In de jurisprudentie wordt echter geen melding gemaakt van hoog oplopende debatten over de mate waarin de ene stoornis wel en de andere niet tot een gedwongen opname zou kunnen of moeten leiden.

Inmiddels heeft de Hoge Raad hierover meer duidelijkheid gegeven: ‘Naar de bedoeling van de wetgever kan in geval van ernstige alcoholverslaving of afhankelijkheid van alcohol sprake zijn van een stoornis van de geestvermogens in de zin van de Wet Bopz’ (Hoge Raad 23 september 2005). Daarbij is ‘in het bijzonder van belang dat de stoornis betrokkene gevaar doet veroorzaken en dat het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend’. Tevens dient te worden vastgesteld ‘dat de stoornis en het daardoor veroorzaakte gevaar van zodanige aard en ernst zijn dat vrijheidsbeneming gerechtvaardigd is’. Ook wordt gesteld dat dit alleen geldt wanneer ‘de verslaving gepaard gaat met (andere) psychische stoornissen van zodanige ernst dat het denken, voelen, willen, oordelen en doelge-

richt handelen daardoor zo ingrijpend worden beïnvloed, dat betrokkene het veroorzaakte gevaar niet kan worden toegerekend, omdat de stoornis de gevaarvolle daden van de betrokkene overwegend beheerst’.

CONCLUSIES

Er is nog een weg te gaan in het verder verhelderen van de (grenzen van de) toepassingscriteria van de Wet Bopz, in het bijzonder wat betreft het gevaarscriterium. Wanneer de psychiater van mening is dat een patiënt gedwongen opgenomen dient te worden, moet hij of zij niet aarzelen om dit aan de rechter voor te leggen. Daarbij dient de psychiater de rechter breed te informeren en de geneeskundige verklaring voldoende uitgebreid in te vullen. De hier beschreven jurisprudentie suggereert dat binnen de marges van de wettelijk omschreven criteria nog ruimte bestaat, die niet in elk arrondissement of door elke psychiater wordt ingevuld.

Bij het verder standaardiseren en expliciteren van criteria waarbij tot dwangopname wordt besloten, kunnen het ontwikkelen en het gebruiken van instrumenten voor het beoordelen van (de ernst van) het gevaar en stoornis in het kader van de Bopz een belangrijke aanvulling betekenen. Overigens kan dit nooit ten koste gaan van een zorgvuldige afweging van de verschillende factoren bij iedere individuele patiënt.

Als laatste verdient het aanbeveling om te komen tot een beter en vrij toegankelijk systeem waarin de jurisprudentie landelijk is geordend en gemakkelijk kan worden teruggevonden. Op dit moment is dit niet goed uitvoerbaar, hetgeen een volledig beeld van de uitvoeringspraktijk verhindert. Om beter geïnformeerd te zijn over het gevolg van negatieve beslissingen verdient het aanbeveling om systematisch casuïstiek te gaan vastleggen waarbij de rechter het advies van de psychiater niet opvolgde.

LITERATUUR

- Dijkers, W.J.A.M. (2003). *Doen en laten in de Bopz-machtigingsprocedure. Een onderzoek naar juridische posities* [proefschrift]. Rijksuniversiteit Groningen.
- Europees Hof voor de rechten van de Mens (2001). Uitspraak 5 oktober 2000, nr. 31365/96. *Bopz Jurisprudentie*, nr. 36.
- Gezondheidsraad (2004). 'Noodgedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten'. Publicatienr. 2004/10. Den Haag: Gezondheidsraad.
- GGZ Nederland, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2005). *Manifest wet BOPZ*. 3 maart 2005. <http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE-6059-100-TICH-R149034144086453>
- Hoge Raad der Nederlanden (2003). Uitspraak LjN-nummer: AF5555. Zaaknr: Ro3/013HR. 's-Gravenhage 18-4-2003. <http://zoeken.rechtspraak.nl/resultpage.aspx?snelzoeken=true&searchtype=ljn&ljn=AF5555&u=ljn=AF5555>
- Hoge Raad 23 sept. 2005, nr. Ro5/076, vindplaats LjN AU0372 en *Bopz Jurisprudentie* 2005, nr. 35.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2006). *Jaarbericht*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg. www.igz.nl.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003). *Jaarrapport Bopz*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg. www.igz.nl.
- Leijten, J.C.M. (1986). *Welzijn, vrijheid en dwang*. Preadvies van Vereniging voor Gezondheidsrecht. Utrecht: Vereniging voor Gezondheidsrecht.
- Mulder, C.L., Broer, J., Uitenbroek, D., e.a. (2006). Versnelde stijging van het aantal inbewaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 319-322.
- Schoevers, R.A., Stikker, T.E., van de Ven-Dijkman, M.V., e.a. (2006). *Onderzoeksverslag ten behoeve van de ontwikkeling van een richtlijn dwangopname in het kader van de Wet Bopz in Nederland*. Rapport voor de NVvP & Ministerie van VWS. Amsterdam: Mentrum.
- Widdershoven, T.P. (1998). Annotatie bij Rb. 's-Hertogenbosch 24 maart 1998. *Bopz Jurisprudentie*, nr. 33.
- Nadere Memorie van Antwoord. Kamerstukken II 1979/80, 11 270, nr. 12, pag. 39.

AUTEURS

- T.E. STIKKER is jurist en werkzaam bij GGZ Nederland.
- R.A. SCHOEVERS is psychiater en A-opleider bij Mentrum GGZ Amsterdam.
- J.A. SWINKELS is psychiater en hoogleraar richtlijnontwikkeling in de geneeskunde aan het Academisch Medisch Centrum/ Universiteit van Amsterdam en het Trimbos-instituut Utrecht.
- C.L. MULDER is hoogleraar openbare geestelijke gezondheidszorg, en programmaleider van het O3 Onderzoekcentrum GGZ Europort en Erasmus MC Rotterdam.
- J. DEKKER is buitengewoon hoogleraar evidence-based psychologische interventies aan de Vrije Universiteit Amsterdam.
- W. VAN TIJLBURG is hoogleraar psychiatrie VU medisch centrum, Amsterdam.
- Correspondentieadres: dr. R.A. Schoevers, Mentrum GGZ Amsterdam, 2e Constantijn Huygensstraat 37, 1054 AG Amsterdam.
E-mail: robert.schoevers@mentrum.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-2-2008.

SUMMARY

The judge follows the advice of the psychiatrist; an investigation into the jurisprudence concerning compulsory admission requests and decisions under the Dutch Act on Special Admissions to Psychiatric Hospitals (Bopz) – T.E. Stikker, R.A. Schoevers, J.A. Swinkels, C.L. Mulder, J. Dekker, W. van Tilburg –

BACKGROUND People are under the impression that there are differences between regions and between psychiatrists and judges in the criteria that are applied with regard to compulsory admission under the Dutch Act on Special Admissions to Psychiatric Hospitals (Bopz).

AIM To find out how the legal criteria are currently put into operation, what topics come up for discussion and what evidence the judge generally requires in order to have recourse to compulsory admission.

METHOD All judgments pronounced between 2002 and June 11 2005 and published in the journal *Bopz Jurisprudence (BJ)* were analysed juridically.

RESULTS In two-thirds of the cases the judge followed the advice of the psychiatrist and decided on compulsory admission. The required admission was refused for formal judicial reasons or because circumstances during the court hearing differed from those prevailing at the time when the medical report was drawn up. There was very little discussion about psychiatric disturbances or about the seriousness of the danger involved, but no objective criteria on this subject exist.

CONCLUSIONS The jurisprudence suggests that within the boundaries of the legally defined criteria there is still room for manoeuvre and negotiation with regard to compulsory admission applications under the Bopz Act. It is very important that the psychiatrist fully underpins his findings and draws up his application in accordance with the requirements of the Bopz Act and satisfies the judge's need for detailed information. The development and utilisation of instruments for assessing the degree of danger and the severity of the psychiatric disturbance within the framework of the Bopz could be a useful supplement to the law in its current form.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)9, 567-577]

KEY WORDS Act on Special Admissions to Psychiatric Hospitals (Bopz Act), compulsory admission, criteria, judge, jurisprudence, psychiatrist