

Vergaderjaar 2005–2006

**30 492**

## **Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling)**

**Nr. 3**

### **MEMORIE VAN TOELICHTING**

#### **1. Algemeen**

Dit wetsvoorstel betreft twee los van elkaar staande wijzigingen van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), die evenwel gemeen hebben dat zij beide urgent zijn en beogen te voorzien in een breed gevoelde behoefte.

De eerste wijziging heeft betrekking op de zogenaamde voorwaardelijke machtiging en is noodzakelijk geworden, nu uit een recente beschikking van de Hoge Raad (HR 29 april 2005, Bj 2005, nr. 15) duidelijk is geworden dat een dergelijke machtiging niet verleend kan worden in bepaalde gevallen waarin voorheen de in de rechtspraak ontwikkelde bijzondere vorm van machtiging werd afgegeven, die bekend is geworden als de «paraplumachtiging». Met de introductie van de voorwaardelijke machtiging was door de wetgever nu juist beoogd aan die in de rechtspraak ontwikkelde machtiging een eind te maken, mede om daarmee de rechtspositie van de patiënten te versterken. Dit is recent vastgesteld in een beschikking van de Hoge Raad (HR 11 november 2005, LJN AT8788). Teneinde te voorkomen dat de praktijk wederom – zoals indertijd met de paraplumachtiging het geval was – zijn toevlucht moet nemen tot een buitenwettelijk instrument, achten wij het dringend gewenst de Wet Bopz op dit punt te repareren zodat een voorwaardelijke machtiging ook kan worden afgegeven voor patiënten waarvoor in de praktijk behoefte bestaat aan een dergelijk instrument, maar waaraan de tekst van de wet thans nog in de weg staat. Het gaat dan in het bijzonder om patiënten van wie redelijkerwijs wel kan worden aangenomen dat zij – nadat een machtiging is verleend – de voorwaarden in de praktijk zullen naleven, maar die de bereidheid daartoe niet kunnen of willen uitspreken. Met de wetswijziging wordt zeker gesteld dat voor al deze patiënten niet slechts de daadwerkelijke opname als optie openstaat.

De tweede wijziging voorziet in een dringende behoefte vanuit de psychiatrische praktijk en is aangekondigd in het Kabinetsstandpunt bij de tweede evaluatie van de Wet Bopz, waarin werd vermeld dat de mogelijkheden voor dwangbehandeling binnen een psychiatrisch ziekenhuis zouden worden verruimd (Kamerstukken II 2004/05, 25 763/28 950, nr. 4, blz. 4). Bij de beantwoording van de vragen van de leden van de Vaste Commissie

voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport is dit nog eens herhaald (idem, nr. 6), evenals bij de mondelinge behandeling in de Tweede Kamer van een ander wetsvoorstel inzake de Wet Bopz (Handelingen II 2004/05, blz. 9). Het onderhavige wetsvoorstel strekt ertoe de bedoelde verruiming te bewerkstelligen, met behoud van de bestaande mogelijkheden. De verruiming heeft uitsluitend betrekking op patiënten opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een verpleeginrichting of een zwakzinnigeninrichting.

Een voorontwerp van het wetsvoorstel is aan een groot aantal organisaties en instellingen ter consultatie voorgelegd. Adviezen zijn ontvangen van de Raad voor de Rechtspraak (RvdR), het College van procureurs-generaal (OM), de Nederlandse Orde van Advocaten (NOvA), de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak (NVvR), en – gezamenlijk – van GGZ Nederland, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunst (KNMG) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Verder zijn reacties ontvangen van de Vereniging van familieleden van mensen met schizofrenie of psychose (Vereniging Ypsilon), van – gezamenlijk – de Stichting Pandora en de Landelijke Patiëntenraad Belangenorganisatie Cliëntenraad GGZ (LPR); van het Landelijk Platform van cliënten- en familieorganisaties in de GGZ (Landelijk Platform); van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg (Stichting PVP) en ten slotte van het Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV). De Vereniging van Nederlandse Gemeenten en GGD Nederland hebben laten weten geen directe aanleiding te zien om te reageren op het voorontwerp van wet.

Wat betreft de voorgestelde uitbreiding van het bereik van de voorwaardelijke machtiging naar aanleiding van de beschikking van de Hoge Raad hadden de Stichting Pandora, het LPR en – voor zover het de cliënten betreft – het Landelijk Platform daartegen bezwaar. De andere adviezen en commentaren waren positief, met dien verstande dat in een groot aantal adviezen een eenvoudiger procedure werd bepleit voor het geval wordt besloten tot daadwerkelijke opneming indien de voorwaarden niet worden nageleefd of indien het gevaar niet langer buiten de inrichting kan worden afgewend. Dit advies is in het onderhavige wetsvoorstel overgenomen.

Ook wat betreft de verruiming van de mogelijkheden van dwangbehandeling waren de adviezen en commentaren grotendeels positief, met uitzondering van die van de Stichting Pandora, het LPR en de cliënten in het Landelijk Platform. Daarnaast werd in enkele adviezen gepleit voor de instelling van regionale adviesorganen ten behoeve van de besluitvorming over dwangbehandeling.

Andere punten die in de adviezen en commentaren aan de orde zijn gesteld, behandelen wij voor zover nodig in de toelichting op de beide onderdelen van het wetsvoorstel. Van de tekstuele opmerkingen die wij van verschillende zijden hebben ontvangen, hebben wij dankbaar gebruik gemaakt.

## **2. De voorwaardelijke machtiging**

### *2.1 De beschikking van de Hoge Raad*

De Hoge Raad heeft in zijn beschikking van 29 april 2005 vastgesteld dat voor een specifiek geval, zoals dat daar aan de orde was, binnen de wet zoals deze thans luidt, geen mogelijkheid bestaat voor het verlenen van een voorwaardelijke machtiging. Het betrof een persoon voor wie eerder kennelijk – afgaande op de beschikking van de rechtbank zoals gevoegd bij de beschikking van de Hoge Raad – een machtiging was afgegeven en die er eerder kennelijk blijk van had gegeven de noodzakelijke medicatie

in te nemen, maar die, toen een voorwaardelijke machtiging werd voorbereid, verklaarde geen zodanige machtiging te wensen en de medicatie te zullen staken. De rechtbank had overwogen dat bij verzoekster sprake was van een paranoïde schizofrenie en een chronische psychose en had vastgesteld dat deze stoornis van de geestvermogens verzoekster gevaar deed veroorzaken voor zichzelf en/of anderen. De rechtbank had voorts overwogen dat zonder rechterlijke machtiging vaststond dat verzoekster zich in verband met het ontbreken van ziekte-inzicht aan behandeling zou onttrekken en geen medicatie meer zou innemen, met als gevolg dat na een korte periode het op dat moment bereikte evenwicht op grond waarvan zij thuis kon verblijven, zou wegvallen en zich zeker een terugval in een ernstiger psychose zou voordoen, terwijl dit gevaar slechts buiten een psychiatrisch ziekenhuis kon worden afgewend door het naleven van voorwaarden inzake periodieke controle en het innemen van medicatie. De rechtbank constateerde dat de betrokkene het behandelingsplan en de daarin opgenomen voorwaarden niet had ondertekend en desgevraagd ook niet wilde ondertekenen. Zij verklaarde dat zij geen machtiging wilde en de medicatie zou staken omdat zij, zoals zij verklaarde, niet ziek was. De rechtbank was op grond van deze verklaring van oordeel dat er niet gesproken kon worden van uitdrukkelijke instemming met de in het behandelingsplan opgenomen voorwaarden en overwoog vervolgens: «De betrokkene zal naar verwachting wel, zoals in de afgelopen (voorwaardelijke) machtigingsperiode in de praktijk is gebleken, overeenkomstig deze voorwaarden handelen indien er een rechterlijke machtiging wordt opgelegd».

De rechtbank gaf aan op grond van deze houding te zullen concluderen dat er sprake is van instemming, waarbij meewoog dat uit het dossier en de voorgeschiedenis van betrokkene bleek dat het op dat moment bestaande evenwicht uiterst moeizaam tot stand was gekomen en dat het voor de betrokkene een catastrofe zou zijn als zich een terugval zou voordoen. Daarbij was, aldus de rechtbank, van betekenis dat betrokkene op basis van het bestaande evenwicht op dat moment niet voor een voorlopige machtiging in aanmerking zou komen. Ten slotte overwoog de rechtbank het onverantwoord te achten de betrokkene dan in de komende periode zonder enige vorm van machtiging en de daarmee gepaard gaande controle te laten, nu de slechte afloop daarvan bij voorbaat vaststond.

Tegen deze beschikking is namens de patiënt cassatie ingesteld bij de Hoge Raad. Ten behoeve van het begrip van de thans voorgestelde wetswijziging achten wij het noodzakelijk uitgebreid te citeren, zowel uit de conclusie van de advocaat-generaal bij de Hoge Raad als uit de beschikking van de Hoge Raad zelf.

De advocaat-generaal bij de Hoge Raad merkte in punt 3.4 van zijn conclusie over de beschikking van de rechtbank het volgende op: «De rechtbank heeft de omstandigheid dat betrokkene in de voorafgaande periode de toen gestelde voorwaarden heeft nageleefd, op zich kunnen en mogen beschouwen als gedragingen waaruit blijkt dat de patiënte bereid is tot naleving van de voorwaarden met inbegrip van de voorwaarden met betrekking tot de medicatietrouw. Hierbij dient overigens wel aangetekend te worden dat er in deze zaak geen aanleiding is, te veronderstellen dat de rechtbank andere voorwaarden had willen stellen dan die welke in de voorafgaande periode waren gesteld: zouden die voorwaarden niet dezelfde zijn, dan kan uit de naleving van de voorwaarden in het verleden niet een bereidverklaring voor de toekomst worden afgeleid. De gebleken houding in het verleden neemt niet weg dat aan een patiënt de ruimte moet worden vergund om terug te komen op een vroegere bereidverklaring. De patiënt mag voor een toekomstige machtiging een andere opstel-

ling kiezen (al dan niet op grond van het motief dat een voortzetting van de voorgeschreven medicatie hem te zwaar valt)».

Na een zijdelings hierbij betrokken beschouwing onder punt 3.5 vervolgde de advocaat-generaal onder punt 3.6 van zijn conclusie:

«De rechtbank concludeert in elk geval dat hier sprake is van instemming van betrokkene, dus van een bereidheid van betrokkene tot naleving van de voorwaarden, met inbegrip van de behandeling overeenkomstig het behandelingsplan. Met dit oordeel, waarbij de instemming van de betrokkene de doorslag geeft, heeft de rechtbank» – naar het oordeel van de advocaat-generaal – «niet blijk gegeven van een onjuiste rechtsopvatting. De lezer kan twijfels hebben over de feitelijke juistheid van de vaststelling van de rechtbank dat hier sprake is van instemming: duidt de verklaring van betrokkene ter terechtzitting niet op een weigering? De vaststelling van de feiten staat in cassatie echter niet ter beoordeling. De rechtbank heeft blijkbaar de uitlating van betrokkene ter terechtzitting minder overtuigend geacht dan de houding van betrokkene».

De Hoge Raad heeft betrokkene niet-ontvankelijk verklaard in haar cassatieberoep, aangezien de in geding zijnde voorwaardelijke machtiging inmiddels was verstreken, om welke reden zij formeel geen belang meer had bij het beroep. Nochtans heeft de Hoge Raad aanleiding gezien om in verband met het belang van de aan de orde gestelde rechtsvraag daaraan een overweging te wijden. Na een weergave van de wetsgeschiedenis overwoog de Hoge Raad in punt 4.6 van zijn beschikking aldus:

«Deze wetsgeschiedenis maakt duidelijk dat de wetgever zich de voorwaardelijke machtiging heeft voorgesteld als een keuzemogelijkheid voor een bepaalde groep patiënten, te weten degenen die ervan blijk geven in te zien dat behandeling noodzakelijk is en die in staat zijn te overzien dat alsnog een gedwongen opname volgt indien zij niet of niet meer bereid zijn de voorwaarden na te leven. In dit licht bezien geeft het oordeel van de rechtbank dat, ofschoon verzoekster heeft verklaard geen machtiging te willen en de medicatie te zullen staken, toch van de voor een voorwaardelijke machtiging vereiste instemming met het behandelingsplan en bereidverklaring tot naleving van de voorwaarden sprake is, nu te verwachten is dat zij zich evenals voorheen overeenkomstig de voorwaarden zal gedragen indien er een rechterlijke machtiging wordt opgelegd, blijk van een onjuiste opvatting omtrent het bepaalde in art. 14a lid 5 en 8 Bopz».

De Hoge Raad ging ook nog in op de beantwoording van kamervragen over de voorwaardelijke machtiging en over de vraag of daarnaast nog ruimte was voor de zogenaamde «paraplumachtiging» (Kamervragen van 28 april 2004, Aanhangsel Handelingen II 2003–04, nr. 1431, blz. 3023–3025). De Hoge Raad refereerde aan de opmerkingen die de minister van VWS mede namens de minister van Justitie daarin had gemaakt over de voor het verlenen van de voorwaardelijke machtiging vereiste bereidverklaring en instemming van de betrokkene, namelijk dat de bereidverklaring vormvrij is en dat het erom gaat «dat de rechter er voldoende vertrouwen in heeft dat de betrokkene zich aan de voorwaarden zal houden». De Hoge Raad overwoog hierover:

«Aan dit standpunt komt, wat de tweede zin betreft (d.w.z. de geciteerde passage), voor de uitleg van art. 14a Wet Bopz geen bijzondere betekenis toe nu het in generlei vorm deel heeft uitgemaakt van de gedachtewisseling tussen regering en parlement die aan de aanvaarding van het wetsontwerp 27 289 is voorafgegaan. Voor zover deze woorden van de minister uiting geven aan diens opvatting dat het enkele bestaan van voldoende vertrouwen dat de betrokkene zich aan de voorwaarden zal houden, het oordeel kan dragen dat de betrokkene, ofschoon deze zich tegenover de rechter met zoveel woorden in tegenovergestelde zin heeft uitgelaten, zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarden, is sprake van een opvatting die (...) niet als juist kan worden aanvaard. Voor

het verlenen van een voorwaardelijke machtiging in een dergelijk – naar mag worden aangenomen: zich niet zelden voordoend – geval bestaat binnen de wet zoals deze thans luidt geen mogelijkheid».

## 2.2 De voorgestelde wetswijziging

De hiervoor weergegeven, door de Hoge Raad besproken passage in de beantwoording van de kamervragen was opgenomen, omdat het bij de voordien in de rechtspraak ontwikkelde «paraplummachtiging» niet relevant was of de betrokkene al of niet instemde met de in dat kader gestelde voorwaarden, en omdat met de nieuwe voorwaardelijke machtiging werd beoogd dat deze in de plaats zou treden van die «paraplummachtiging». Dit laatste is tijdens de parlementaire behandeling meermalen uiteengezet (Kamerstukken II 2000/01 27 289, nr. 7, blz. 2 en blz. 21; Kamerstukken I 2001/02, 27 289, nr. 239a, blz. 1; Handelingen I 2 juli 2002, blz. 34–1709, middelste kolom). Daaraan meenden wij te kunnen ontleneren dat het voor het kunnen verlenen van een voorwaardelijke machtiging erom ging dat de rechter er voldoende vertrouwen in had dat de betrokkene zich aan de voorwaarden zou houden. Daarbij hadden wij echter niet het oog op een geval zoals aan de orde was in de aan de Hoge Raad voorgelegde casus, waarin de betrokkene zich tegenover de rechter nu juist met zoveel woorden – en kennelijk consistent – in tegenovergestelde zin had uitgelaten. In een dergelijk geval zou ook naar onze opvatting moeilijk volgehouden kunnen worden dat betrokkene wél bereid was tot naleving van de voorwaarden.

De Hoge Raad geeft aan dat een dergelijk geval zich, naar mag worden aangenomen, niet zelden zal voordoen. Wij delen dit oordeel van de Hoge Raad en stellen – hoewel bereidverklaring de eerste optie dient te blijven – voor in de wet te verankeren dat als die bereidverklaring niet kan worden verkregen, de voorwaardelijke machtiging toch kan worden verleend. Dit kan slechts als redelijkerwijs is aan te nemen dat betrokkene de voorwaarden zal naleven. De achtergrond van de door ons voorgestelde wijziging kunnen wij niet beter verwoorden dan met de redenering die de advocaat-generaal bij de Hoge Raad in de punten 2.36 en 2.37 van zijn conclusie naar voren bracht:

«Sinds 1 januari 2004 is het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt (...) zó ver doorgevoerd dat de patiënt (i) de verlening van een voorwaardelijke machtiging door de rechter, (ii) de verlening van voorwaardelijk verlof door de geneesheer-directeur en (iii) de verlening van voorwaardelijk ontslag door de geneesheer-directeur, kan belemmeren door te weigeren in te stemmen met de te stellen voorwaarden. Dit alles roept de vraag op of het zelfbeschikkingsrecht, aldus opgevat, zich niet tegen de patiënt keert. Is in het algemeen een patiënt niet meer gebaat bij een (door het regelmatig innemen van medicatie mogelijk gemaakt) verblijf buiten het psychiatrisch ziekenhuis dan door een gedwongen opname? Dit geldt ook voor de gevallen waarin de patiënt ten gevolge van zijn ziekte de noodzaak van een bereidverklaring niet inziet of niet in staat is tot een bereidverklaring, maar – als de beschikking eenmaal is gegeven – zich feitelijk conformeert aan de gestelde voorwaarden. Is het wettelijk vereiste van een bereidverklaring alleen te beschouwen als een kwestie van efficiency (het verlenen van een voorwaardelijke machtiging is zinloos wanneer de patiënt al bij voorbaat niet bereid is zich aan de voorwaarden te houden) òf gaat het om een waarborg in het belang van de patiënt? Wat is er eigenlijk tegen een praktijk waarin de rechter zich laat leiden door zijn eigen inschatting of de patiënt zich aan de voorwaarden zal houden? De patiënt wordt door een voorwaardelijke machtiging niet rechtstreeks gedwongen medicijnen te slikken. Wanneer de behandelaar uitvoering wil geven aan het behandelingsplan en daarbij blijkt dat de patiënt de gestelde voorwaarden niet naleeft, kan de geneesheer-directeur de patiënt

alsnog in het psychiatrisch ziekenhuis laten opnemen op grond van art. 14d lid 1. Verdedigbaar is de stelling dat de wetgever iets te weinig oog ervoor heeft gehad dat «the proof of the pudding is in the eating». Wij zijn mét de advocaat-generaal bij de Hoge Raad van oordeel dat er weinig argumenten zijn in te brengen tegen een praktijk waarin de rechter zich laat leiden door zijn eigen inschatting – uiteraard op basis van adviezen van deskundigen – of de patiënt zich aan de voorwaarden zal houden. Wanneer na een verleende voorwaardelijke machtiging mocht blijken dat de patiënt, anders dan door de rechter werd aangenomen op grond van de hem ten dienste staande informatie, de voorwaarden toch niet naleeft, kan de geneesheer-directeur besluiten om de betrokkene alsnog te doen opnemen in het ziekenhuis. Zie in dezelfde zin ons antwoord op de eerder genoemde kamervragen van 28 april 2004, Aanhangsel Handelingen II 2003/04, nr. 1431, blz. 3023–3025. Daarmee is nog eens het karakter van de voorwaardelijke machtiging verhelderd: het is een alternatief voor een machtiging die rechtstreeks strekt tot opening. De eis dat de stoornis van de geestvermogens de patiënt gevaar doet veroorzaken, heeft de voorwaardelijke machtiging gemeen met de voorlopige machtiging. Met andere woorden, het gaat om hetzelfde gevaar als vereist is voor het verlenen van een voorlopige machtiging. Het enige verschil is dat bij een voorwaardelijke machtiging dat gevaar buiten de inrichting kan worden afgewend door het stellen en naleven van voorwaarden. Zoals gezegd heeft het voor het verlenen van een voorwaardelijke machtiging zeker de voorkeur dat de patiënt zich bereid verklaart tot naleving van de voorwaarden. Pas wanneer deze bereidverklaring niet kan worden verkregen, is voldoende dat redelijkerwijs is aan te nemen dat betrokkene de voorwaarden zal naleven.

Vanzelfsprekend zal niet te snel mogen worden aangenomen dat iemand zich wel aan de voorwaarden zal houden, als hij zich niet in positieve zin of zelfs als hij zich in tegenovergestelde richting uit. Voorop blijft dan ook staan de modaliteit dat betrokkene zich «bereid heeft verklaard» tot naleving van de voorwaarden. Daarnaast wordt de mogelijkheid geïntroduceerd dat de rechter – in de woorden van de advocaat-generaal bij de Hoge Raad – zich laat leiden door zijn eigen inschatting of de patiënt zich aan de voorwaarden zal houden, zij het dat de rechter zo'n inschatting alleen zal kunnen maken na een deugdelijke voorlichting door middel van documenten en verklaringen. Bij het beantwoorden van de vraag of redelijkerwijs is aan te nemen dat de betrokkene zich aan de voorwaarden zal houden, kunnen verschillende elementen een rol spelen, zoals ervaringen die in het verleden met deze patiënt zijn opgedaan en het ziektebeeld van de betrokkene. Zo zullen patiënten zonder ziekte-inzicht vaak zeggen een behandeling overbodig te vinden, maar zich toch aan de voorwaarden houden.

In verband met het vorenstaande wordt de regeling van de voorwaardelijke machtiging op nog twee punten gewijzigd. Ten eerste vervalt het strikte vereiste van instemming van de patiënt met de totstandkoming van het behandelingsplan. Cruciaal is immers of er voldoende vertrouwen bestaat dat betrokkene zich zal houden aan het behandelingsplan en niet of hij met – alle facetten van – het behandelingsplan als zodanig (uitdrukkelijk) instemt. In het advies van GGZ Nederland, de KNMG en de NVvP is ervoor gepleit de eis van instemming wél te handhaven voor bepaalde categorieën van patiënten, zoals patiënten die lijden aan anorexia nervosa en verslaafde psychiatrische patiënten, en daartoe expliciet in de wet te vermelden dat zo mogelijk instemming wordt verkregen met het behandelingsplan. Ook wij achten instemming van groot belang. Teneinde te bevorderen dat serieus wordt geprobeerd instemming te bereiken – dwang moet immers altijd pas als laatste middel worden ingezet – hebben wij de wetsbepaling zodanig opgezet dat indien in het overleg geen instemming kan worden bereikt, de redenen daarvoor in het

behandelingsplan dienen te worden vermeld. Dit maakt dat toetsbaar is – in het bijzonder voor de rechter die belast is met het al dan niet verlenen van de voorwaardelijke machtiging – welke inspanningen de behandelaar zich heeft getroost om instemming te verkrijgen. Die inspanningsverplichting vloeit reeds voort uit de eis van goed hulpverlenerschap en het bieden van verantwoorde zorg.

Mocht het in het belang van de behandeling nodig zijn dat de patiënt uitdrukkelijk instemt – dit naar aanleiding van de opmerking van GGZ Nederland, de KNMG en de NVvP – dan moet de behandelaar afwegen of bij het ontbreken daarvan de voorwaardelijke machtiging wel het juiste instrument is.

Voor de goede orde merken wij op dat voor een wijziging van het behandelingsplan nadat de machtiging is verleend, het instemmingsvereiste blijft gelden. Het behandelingsplan is dan inmiddels immers door de rechter getoetst en het is dan niet meer aan één van beide partijen om daarin eenzijdig een wijziging aan te brengen. Hiermee komen wij ook tegemoet aan de bezwaren geuit door de Stichting PVP en de NVvR.

Ten tweede wordt een wijziging aangebracht in de procedure die van toepassing is als betrokkene alsnog dient te worden opgenomen. Indien blijkt dat het gevaar, dat grond vormde voor de voorwaardelijke machtiging, niet langer kan worden afgewend door de naleving van de voorwaarden of indien de patiënt de gestelde voorwaarden niet (langer) naleeft, moet c.q. kan de geneesheer-directeur op grond artikel 14d, eerste lid, beslissen dat betrokkene alsnog wordt opgenomen. Thans is nog voorgeschreven dat in een dergelijk geval de patiënt eerst moet worden onderzocht door de geneesheer-directeur zelf of door een psychiater die niet bij de behandeling betrokken was. Aanvankelijk waren wij voornemens slechts in deze laatste eis een vereenvoudiging aan te brengen, in die zin dat het onderzoek ook zou mogen worden gedaan door een psychiater die op enig moment bij de behandeling betrokken was geweest, zolang het maar niet de voor de behandeling verantwoordelijke behandelaar zou zijn. De adviezen van de Raad voor de Rechtspraak, de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak, het Openbaar Ministerie, de Nederlandse Orde van Advocaten, GGZ Nederland, de KNMG en de NVvP hebben ons er evenwel van overtuigd dat deze vereenvoudiging onvoldoende is voor een in de praktijk werkbare toepassing van het instrument van de voorwaardelijke machtiging.

De patiënten over wie het hier gaat, verkeren in een situatie die in hoge mate vergelijkbaar is met die van patiënten die met ontslag onder voorwaarden buiten de inrichting verblijven. In beide gevallen gaat het immers om patiënten die opgenomen zouden moeten worden, respectievelijk blijven, als zij zich onttrekken aan de behandeling of andere voorwaarden niet naleven, omdat hun stoornis hen anders gevaar doet veroorzaken. In verband hiermee is in het wetsvoorstel zowel voor de opneming in geval van een voorwaardelijke machtiging als voor opneming in geval van een ontslag onder voorwaarden een identieke regeling opgenomen. Deze regeling sluit aan bij de regeling van artikel 46, die thans geldt voor het opnemen van een patiënt die met ontslag onder voorwaarden buiten het psychiatrisch ziekenhuis verblijft, zij het dat de procedure enigszins is aangepast. Dit houdt in dat de beslissing tot opneming wordt genomen door de geneesheer-directeur die zich voorafgaand aan de opneming op de hoogte moet stellen van de actuele, geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt. Het is aan de geneesheer-directeur om te bepalen hoe hij invulling geeft aan deze verplichting. Hij kan daartoe overleg plegen met de behandelaar, maar hij kan ook de patiënt zelf onderzoeken of hem laten onderzoeken. In geval van opneming na ontslag onder voorwaarden kan hij ook overleg plegen met de toezichthoudende instelling of persoon die hem onder andere hulp en steun biedt bij de naleving van de voor-

waarden. De eis strekt ertoe dat de geneesheer-directeur goed geïnformeerd en derhalve verantwoord zijn beslissing kan nemen. Daarmee voldoet de regeling aan de uit artikel 5, eerste lid, onderdeel e, van het EVRM voortvloeiende eis dat de beslissing om iemand zijn vrijheid te benemen wegens een geestesstoornis ten minste gebaseerd is op een actueel medisch-deskundig oordeel. Uiteraard moet de rechtsbescherming van de patiënt goed geregeld zijn. Zeker voor patiënten die opgenomen moeten worden wanneer zij ondanks het naleven van de voorwaarden een gevaar vormen, is van belang dat de beslissing tot opname door de rechter kan worden getoetst. Immers, anders dan bij opname wegens het niet naleven van de voorwaarden, is de noodzaak tot opname in dat geval nog niet direct door de rechter vastgesteld. In de bedoelde rechtsbescherming wordt thans reeds voorzien door artikel 14e, dat bepaalt dat de beslissing van de geneesheer-directeur tot opname aan de rechter kan worden voorgelegd. Dit artikel is van overeenkomstige toepassing als het gaat om een beslissing tot opname bij ontslag onder voorwaarden, zodat ook de rechtsbescherming voor patiënten in beide gevallen op eensluidende wijze is geregeld.

Als gedwongen opname van een patiënt met een voorwaardelijke machtiging plaatsvindt, wordt de voorwaardelijke machtiging omgezet – geconverteerd – in een voorlopige machtiging. Op het moment dat deze dwangopname beëindigd kan worden omdat het gevaar is geweken, kan gebruik worden gemaakt van ontslag onder voorwaarden. Van verschillende zijden – door de NVvR en door GGZ Nederland, de KNMG en de NVvP gezamenlijk – is ervoor gepleit in die situatie de voorwaardelijke machtiging te laten «herleven» en niet te werken met ontslag onder voorwaarden.

Wij menen dat zo'n systematiek, waarbij van rechtswege de voorwaardelijke machtiging zou herleven nadat de dwangopname beëindigd wordt, in ieder geval niet juist zou zijn in de gevallen waarin tot dwangopname was besloten omdat het gevaar nu juist niet langer kon worden afgewend door de naleving van de voorwaarden (de situatie beschreven in de eerste volzin van artikel 14d, eerste lid); in die situatie stond immers vast dat diezelfde voorwaarden nu juist niet adequaat waren. Daarom zal in een dergelijk geval het voorwaardelijk ontslag de aangewezen methode zijn, waarbij die voorwaarden worden gesteld die in die nieuwe situatie passend zijn. Maar ook in de situatie waarin de dwangopname plaatsvond omdat de patiënt zich niet hield aan de gestelde voorwaarden, is het onwenselijk dat de «oude» voorwaarden van rechtswege herleven. In dat geval zal immers moeten worden nagegaan om welke reden de patiënt de voorwaarden niet naleefde. Gaat het om een incident of betekent dit dat niet langer mag worden aangenomen dat de patiënt zich wél aan de voorwaarden zal houden? Bij een van rechtswege herleving van de oude voorwaardelijke machtiging zou deze toets niet hoeven plaats vinden. Daarom geven wij er de voorkeur aan dat ook in zo'n geval ontslag onder voorwaarden wordt verleend. Dat neemt niet weg dat in een aantal gevallen volstaan zal blijken te kunnen worden met een wederom van toepassing verklaring van de oude voorwaarden. Wij menen dat hiermee een praktische oplossing kan worden bereikt in de gevallen die daarvoor in aanmerking komen.

Wij tekenen daarbij aan dat met aanvaarding van dit wetsvoorstel de procedures van opname bij een voorwaardelijke machtiging en bij ontslag onder voorwaarden gelijk zullen zijn. Voor de mogelijkheden een patiënt na voorwaardelijk ontslag weer op te nemen, maakt het geen verschil meer of hij buiten de inrichting verblijft op basis van voorwaarden die aan het ontslag zijn verbonden of op basis van een voorwaardelijke machtiging.



Overigens is van de gelegenheid gebruik gemaakt een onduidelijkheid in de regeling van de voorwaardelijke machtiging weg te nemen. Het betreft de duur van een opnemings op basis van een nieuwe (dat wil zeggen een «voortgezette») voorwaardelijke machtiging. De voorgestelde wijziging houdt in dat thans met zoveel woorden wordt bepaald dat deze opnemings niet langer kan duren dan zes maanden, te weten de maximale duur van een voorlopige machtiging. Immers, de voorwaardelijke machtiging geldt van de beslissing van de geneesheer-directeur af als voorlopige machtiging, welke een maximale duur heeft van zes maanden.

### **3. De uitbreiding van de mogelijkheden voor dwangbehandeling**

Zoals in het kabinetsstandpunt bij de tweede evaluatie van de Wet Bopz al werd aangegeven, wordt in het algemeen breed het gevoelen gedeeld dat de mogelijkheden van de toepassing van (intramurale) dwangbehandeling voor psychiatrische patiënten dringend zouden moeten worden uitgebreid. Daarbij dient vanzelfsprekend rekening te worden gehouden met de grenzen die worden gesteld door het Europees verdrag voor de rechten van de mens (EVRM) en door de Grondwet. Artikel 8 van het EVRM bepaalt dat geen inmenging is toegestaan in de uitoefening van het recht op respect voor iemands privé-leven dan voor zover bij de wet is voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk is in het belang van – in dit geval – het voorkómen van wanordelijkheden en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen. Ook artikel 3 van het EVRM, dat een verbod inhoudt van een onmenselijke of vernederende – laat staan folterende – behandeling, is in dit verband van belang. Artikel 11 van de Grondwet bepaalt dat ieder recht heeft op onaantastbaarheid van zijn lichaam, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen. De wet dient derhalve aan te geven in welke gevallen een opgenomen persoon tegen zijn wil mag worden behandeld.

Steeds zal duidelijk moeten zijn, welk doel de dwangbehandeling dient. Volgens de huidige regeling is dwangbehandeling slechts mogelijk «voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiend uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden» (artikel 38, vijfde lid, derde volzin). De ratio van deze regeling is dat dwangbehandeling alleen mogelijk moest zijn ter afwending van (acuut) gevaar binnen de inrichting. Daarnaast kent de Wet Bopz in artikel 39 de mogelijkheid om – voor situaties waarin het behandelingsplan niet voorziet – middelen en maatregelen toe te passen «ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door de patiënt in het ziekenhuis als gevolg van de stoornis van de geestvermogens worden veroorzaakt».

Hiermee is aangegeven dat dwangbehandeling thans alleen mogelijk is als er een (onmiddellijk dreigend) gevaar binnen de inrichting is. Dit betekent dat mensen, als zij zich tegen een behandeling verzetten, onbehandeld blijven ook als met een interventie hun toestand sterk kan verbeteren en daarmee het gevaar dat de geestesstoornis de betrokkene doet veroorzaken, kan worden weggenomen. Dit achten wij een ongewenste situatie. Aan de andere kant moet worden vermeden dat de duidelijke wens van de patiënt om niet behandeld te worden zonder meer terzijde kan worden geschoven. Het is, kortom, niet de bedoeling en overigens ook niet aanvaardbaar, dat ten aanzien van de behandeling zou worden teruggekeerd tot het zogenaamde bestwilcriterium. De wetgever dient derhalve te bepalen in welke gevallen een behandeling tegen de wil van de patiënt aanvaardbaar is in het licht van het EVRM en de Grondwet.

Alvorens wij ingaan op de voorgestelde uitbreiding benadrukken wij dat het de eerste opdracht is van een behandelaar om alles te doen wat

mogelijk is om een patiënt vrijwillig te behandelen. Dwangbehandeling moet een uiterste middel zijn, dat alleen wordt ingezet als een patiënt niet op een andere manier kan worden geholpen. Dwangbehandeling, bijvoorbeeld in de vorm van dwangmedicatie of separeren, is voor een patiënt erg ingrijpend. Bovendien kan dwangbehandeling de behandelrelatie ernstig belasten, terwijl een goede behandelrelatie uitermate belangrijk is de effecten van een behandeling op langere termijn.

Kortom, waar dit mogelijk is, dient overeenstemming te worden bereikt met de patiënt over de behandeling en moet er vervolgens alles aan worden gedaan dat de overeengekomen behandeling ook daadwerkelijk met instemming van de patiënt kan worden uitgevoerd.

Dat dwang in veel situaties kan worden voorkomen, blijkt onder meer uit het project «Dwang en drang in de psychiatrie».<sup>1</sup>

De Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht de psychiatrische ziekenhuizen tot het bieden van verantwoorde zorg. Soms zal daarvoor dwang moeten worden toegepast, maar alleen als het niet anders kan. De grondslag voor het mogen toepassen van dwang ligt echter niet in de Kwaliteitswet zorginstellingen, maar in de Wet Bopz. De op grond van de Kwaliteitswet geldende opdracht tot het bieden van verantwoorde zorg, brengt mee dat ziekenhuizen een beleid voeren, gericht op het zo veel mogelijk voorkomen van dwang. Hoezeer ook het beleid van de ziekenhuizen gericht moge zijn op het voorkomen van de toepassing van dwang, toch zullen er zich altijd situaties voordoen waarin alleen dwang een oplossing biedt. De huidige wet, met inbegrip van de daaraan in de jurisprudentie gegeven uitleg, laat behandeling tegen de wil van de patiënt slechts toe indien de behandeling volstrekt noodzakelijk is om gevaar voor de patiënt of anderen binnen de inrichting af te wenden. Dat betekent dat er situaties kunnen ontstaan waarin de patiënt door het ontbreken van de mogelijkheid hem te behandelen, onverantwoord lang gedwongen opgenomen moet blijven. Daarom willen wij het mogelijk maken dat in een dergelijke situatie dwangbehandeling kan worden toegepast.

De uitbreiding van de mogelijkheden van het toepassen van dwangbehandeling houdt het volgende in. Voorop staat dat de mogelijkheid van dwangbehandeling zoals deze thans op grond van artikel 38, vijfde lid, derde volzin, bestaat, in stand dient te blijven. Het gaat dan om gevallen waarin dwangbehandeling volstrekt noodzakelijk is om gevaar (binnen de inrichting) *af te wenden*.

Daarnaast achten wij dwangbehandeling – voor zover in overeenstemming met het behandelingsplan – aanvaardbaar, als voldoende vaststaat dat zonder die behandeling de betrokken patiënt onaanvaardbaar lang opgenomen moet blijven omdat het gevaar dat de stoornis de patiënt doet veroorzaken niet wordt weggenomen. In de tekst van de voorgestelde wetsbepaling is dit tot uitdrukking gebracht in het criterium dat «aannemelijk» moet zijn dat zonder die behandeling het gevaar dat uit de stoornis voortvloeit, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. Daarmee is aangegeven in welke gevallen tot dwangbehandeling mag worden overgegaan. Welke behandeling tegen de wil van de patiënt of diens vertegenwoordiger mag worden toegepast, is eveneens geregeld, namelijk die waarin het behandelingsplan voorziet. Het behandelingsplan is er immers op gericht de toestand van de patiënt zodanig te verbeteren dat hij het ziekenhuis kan verlaten omdat het gevaar wordt weggenomen. Bij de thans voorgestelde vorm van dwangbehandeling gaat het dus altijd om een behandeling die er op gericht is de patiënt binnen een redelijke termijn uit het ziekenhuis te kunnen ontslaan.

<sup>1</sup> Dwang en drang in de psychiatrie, Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies, Uitgeverij LEMMA BV, Utrecht 2005.

Voordat tot dwangbehandeling kan worden overgegaan moet het – het is al eerder aangegeven – in casu aannemelijk zijn dat zonder toepassing

van dwang het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. Het is heel goed mogelijk dat slechts een eerste medicatie onder dwang hoeft te worden toegediend, waarna de betrokkene verder wél bereid is om het behandelingsplan te volgen, zodat de dwang-toepassing van zeer korte duur kan zijn. Vanzelfsprekend gelden bij dwangbehandeling de uitgangspunten van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid, dat wil zeggen dat moet worden volstaan met de minst ingrijpende vorm, die niet langer dan nodig wordt toegepast, en die effectief moet zijn in de gegeven omstandigheden.

Wij menen dat de voorgestelde regeling in overeenstemming is met het EVRM. Zoals hiervoor al is opgemerkt zijn de artikelen 3 en 8 van het EVRM relevant.

Artikel 8 van het EVRM beschermt burgers tegen ongerechtvaardigde inbreuken op hun privé-leven. Dwangbehandeling vormt in beginsel een inbreuk op het privé-leven. Ingevolge het tweede lid van artikel 8, zijn inbreuken op het in dit artikel neergelegde recht slechts gerechtvaardigd als zij een wettelijke grondslag hebben en noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld voor de bescherming van de gezondheid van betrokkene.

De voorgestelde uitbreiding van de mogelijkheid om dwangbehandeling toe te passen is noodzakelijk ter bescherming van de gezondheid van bepaalde tegen hun wil opgenomen patiënten, aangezien daarmee kan worden bereikt dat de duur van de onvrijwillige opname bekort kan worden. Het in het wetsvoorstel opgenomen criterium sluit hierop naadloos aan, door te bepalen dat zo'n behandeling mag plaatsvinden voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat betrokkene door een stoornis van de geestvermogens doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen.

Bij dwangbehandeling gaat het altijd om de toepassing van (een deel) van het voor de patiënt vastgestelde behandelingsplan. Een behandelingsplan is ingevolge artikel 38a, eerste lid, gericht op het zodanig wegnemen van het gevaar dat ontslag binnen redelijke termijn mogelijk wordt. Van de toepassing van het behandelingsplan mag dan ook worden verwacht dat daarmee de gedwongen opname aanmerkelijk sneller kan worden beëindigd dan zonder die toepassing het geval zou zijn.

Uit het vorenstaande moge blijken dat het voorgestelde criterium niet in strijd is met artikel 8 van het EVRM. Wordt het voorgestelde criterium juist toegepast, dan zal bovendien geen sprake zijn van foltering, noch van een onmenselijke of vernederende behandeling in de zin van artikel 3 van het EVRM. Bij een juiste toepassing is namelijk sprake van een behandeling die – gezien haar oogmerk – therapeutisch noodzakelijk is in het licht van het hiervoor overwogene. Van een juiste toepassing is sprake als het wettelijke criterium wordt toegepast met inachtneming van de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid. In de artikelsgewijze toelichting wordt nader op deze criteria ingegaan. Ons rechtsstelsel voorziet in de mogelijkheid van toetsing aan deze criteria door de in de wet opgenomen klachtenregeling en de toegang tot de rechter, hetgeen van belang is in het kader van artikel 18 van het EVRM.

Anders dan de NVvR menen wij dat de klachtenregeling voldoet aan de eisen die de Grondwet en het EVRM op het punt van rechtsbescherming stellen. Op elk moment kan immers over een beslissing worden geklaagd bij een onafhankelijke commissie, die bevoegd is de bestreden beslissing te schorsen. Dit garandeert in ieder geval een eerste, snelle beoordeling van de klacht. De commissie kan een bindende uitspraak doen die door de patiënt aan de onafhankelijke rechter kan worden voorgelegd en uiteindelijk zelfs – na inwerkingtreding van de Wet van 17 november 2005 tot

wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en enige andere wetten in verband met de aanpassing van de in deze wet opgenomen klachtregeling (Stb. 617) – kan worden voorgelegd aan de Hoge Raad.

In de artikelsgewijze toelichting wordt nader ingegaan op enkele elementen van de nieuwe bepaling.

#### **4. Administratieve lasten**

De administratieve lasten van het wetsvoorstel zijn ter toetsing voorgelegd aan het Adviescollege Toetsing Administratieve Lasten (Actal). Het College heeft vastgesteld dat dit wetsvoorstel een bijdrage levert aan de kabinetsdoelstelling om de administratieve lasten voor het bedrijfsleven met 25% te verlagen.

Gegeven de beperkte omvang van de gevolgen voor de administratieve lasten van de wijziging heeft het College besloten geen advies uit te brengen over het wetsvoorstel.

##### *4.a. Voorwaardelijke machtiging*

Alhoewel de administratieve lasten voor het bedrijfsleven als gevolg van de voorwaardelijke machtiging in de huidige situatie niet zijn gemeten, kan gesteld worden dat het wetsvoorstel een lichte vermindering van administratieve lasten oplevert.

In het wetsvoorstel voor de voorwaardelijke machtiging worden de procedures om iemand met een voorwaardelijke machtiging op te nemen namelijk sterk vereenvoudigd: volstaan kan worden met de procedure zoals die geldt voor het ontslag onder voorwaarden. Bij opname van een patiënt hoeft deze niet meer in de gelegenheid te worden gesteld te worden gehoord en hoeft er geen onderzoek meer door een onafhankelijk psychiater plaats te vinden. Ook aan de huidige praktijk waarbij een schriftelijke verklaring van de instemming van de patiënt door de behandelaar werd gevraagd – iets waartoe de wet niet verplicht – zal een einde komen. Wat mogelijk ook een besparing zal opleveren, maar wat op dit moment nog niet te becijferen valt, is dat er meer gedwongen opnames voorkomen zullen worden. Voorheen, wanneer er geen voorwaardelijke machtiging kon worden afgegeven omdat de patiënt geen uitdrukkelijke toestemming gaf, leidde dit vaak tot gedwongen opname. En dat brengt extra administratieve lasten en kosten met zich mee.

##### *4.b. Dwangbehandeling*

De administratieve lasten voor dwangbehandeling zijn opgenomen in de nulmeting bedrijven uit 2002. De wijzigingen hierin als gevolg van het wetsvoorstel zijn nihil.

In het voorstel voor de uitbreiding van mogelijkheden tot dwangbehandeling zijn dezelfde administratieve «eisen» opgenomen die thans gelden als tot dwangbehandeling wordt overgegaan.

Op dit moment is niet in te schatten hoeveel patiënten als gevolg van de wetswijziging in aanmerking zullen komen voor de uitbreiding van de mogelijkheden van het toepassen van dwangbehandeling. Aan Actal is daarom toegezegd dat een jaar na inwerkingtreding wordt bekeken of het aantal dwangbehandelingen ten gevolge van het wetsvoorstel is toegenomen en zo ja, tot hoeveel nieuwe behandelingen dit heeft geleid. De eventuele toename van de administratieve lasten hierdoor worden op dat moment alsnog in beeld gebracht.

De administratieve lasten voor burgers worden eind van dit jaar in beeld gebracht voor de gehele Wet Bopz. De verwachting is dat het wetsvoorstel leidt tot een lichte vermindering van de administratieve lasten voor de burger.

## **5. Artikelsgewijze toelichting**

### *Onderdeel A*

Artikel 14a wordt op twee punten inhoudelijk gewijzigd; daarnaast wordt het artikel wetstechnisch aangepast aan het voorgestelde artikel 38a.

De huidige wet bepaalt in artikel 14a, vijfde lid, dat een voorwaardelijke machtiging alleen kan worden verleend als er een behandelingsplan wordt overgelegd dat met instemming van de betrokkene is opgesteld. In het eerste lid van onderdeel A, wordt voorgesteld het instemmingsvereiste te vervangen door de eis om met de patiënt overleg te plegen over het behandelingsplan. De aanleiding hiertoe is uiteengezet in paragraaf 2.2 van deze toelichting.

Instemming van de patiënt met het behandelingsplan is weliswaar zeer wenselijk, maar niet strikt noodzakelijk. Gezien die wenselijkheid zal de behandelaar zich alle inspanningen moeten getroosten om te komen tot een behandelingsplan waarmee de betrokkene instemt. Deze inspanningsverplichting is niet neergelegd in het voorgestelde artikel 14a, vijfde lid. Zij vloeit reeds voort uit de eis dat de behandelaar als een goed hulpverlener dient te handelen en uit de voor de instelling geldende eis dat verantwoordelijke zorg moet worden geleverd. Als echter het bereiken van instemming niet mogelijk is – bijvoorbeeld ten gevolge van het ontbreken van voldoende ziekte-inzicht – mag dit het verlenen van een voorwaardelijke machtiging niet belemmeren. Dat zou immers leiden tot de gedwongen opname die de voorwaardelijke machtiging nu juist probeert te voorkomen.

Uiteraard moet men er wel van uit kunnen gaan dat de patiënt feitelijk meewerkt aan de benodigde behandeling, maar instemming met het behandelingsplan is daarvoor niet noodzakelijk. Voldoende is dat redelijkerwijs is aan te nemen dat de patiënt het behandelingsplan zal naleven. Als de patiënt niet (expliciet) met het behandelingsplan instemt, zal de behandelaar daarmee bij het opstellen van het behandelingsplan rekening moeten houden. Kan hij geen behandelingsplan opstellen waarvan redelijkerwijs mag worden aangenomen dat de patiënt zich eraan zal houden, dan is de voorwaardelijke machtiging geen geschikt instrument. In die situaties is een voorlopige machtiging aan de orde.

Voor het vijfde lid wordt een nieuwe tweede volzin voorgesteld, die aan de rechter de informatie verschaft die nodig is om te toetsen of van de patiënt verwacht kan worden dat hij zich overeenkomstig het behandelingsplan zal laten behandelen (achtste lid). Daarvan mag worden uitgegaan als hij met het behandelingsplan instemt. Is daarvan geen sprake, dan zal de behandelaar moeten aangeven waarom hij verwacht dat de patiënt zich desondanks zal laten behandelen. De formulering is zodanig gekozen dat het bereiken van overeenstemming het uitgangspunt is. Daarmee komen wij tegemoet aan de opmerkingen die de Stichting Pandora en de LPR op dit punt maakten.

In het huidige vijfde lid van artikel 14a wordt het huidige artikel 38, tweede lid, eerste volzin, en derde lid, van overeenkomstige toepassing verklaard. Die materie wordt in de nieuwe artikelindeling geregeld in artikel 38a, tweede en vijfde lid. De verwijzing in artikel 14a, vijfde lid, wordt daaraan aangepast.

De belangrijkste wijziging van artikel 14a betreft het achtste lid. Daarin is nu nog bepaald dat de rechter slechts een voorwaardelijke machtiging kan afgeven indien de betrokkene zich *bereid heeft verklaard* tot naleving van de voorwaarden. Het gaat om het zich onder behandeling stellen overeenkomstig het behandelingsplan (zesde lid) en het naleven van eventuele voorwaarden betreffende het gedrag (zevende lid). Daaraan wordt nu toegevoegd de modaliteit waarin een zodanige bereidverklaring ontbreekt, maar waarin desondanks redelijkerwijs is aan te nemen dat betrokkene de voorwaarden wél zal naleven. Met deze formulering volgen wij het advies van de NVvR op dit punt. Met de voorgestelde wijziging wordt ook voorzien in de situatie waarin iemand bijvoorbeeld niet volledig in staat is de reikwijdte te overzien van de voorwaarden, van de gevolgen daarvan en van die van het eventueel niet naleven van de voorwaarden. Het kan zelfs gaan om situaties waarin betrokkene uitdrukkelijk aangeeft niét in te stemmen met het behandelingsplan, maar niettemin – gelet op de in het dossier voorhanden informatie en inlichtingen van bijvoorbeeld de behandelaar, andere geraadpleegde deskundigen en familieleden – redelijkerwijs aangenomen kan worden dat betrokkene de voorwaarden wél zal naleven. Van belang is of uiteindelijk de rechter van oordeel is dat redelijkerwijs – dat wil zeggen in zekere mate objectiveerbaar – kan worden aangenomen dat betrokkene de voorwaarden zal naleven, eventueel in weerwil van hetgeen deze daadwerkelijk uit. Voor deze oordeelsvorming is onontbeerlijk dat de rechter beschikt over de informatie bedoeld in artikel 14a, vijfde lid. Daarbij zal ook moeten blijken dat en waarom het in het onderhavige geval niet nodig is dat de betrokkene zich bereid verklaart tot het naleven van de voorwaarden. Zoals in het algemeen deel van deze toelichting is uiteengezet, geldt hier – in de woorden van de advocaat-generaal bij de Hoge Raad – het adagium «the proof of the pudding is in the eating». Als ook met de voorwaarden het gevaar niet voldoende kan worden afgewend of indien de voorwaarden niet of niet volledig worden nageleefd, moet, onderscheidenlijk kan dat leiden tot het alsnog opnemen van de patiënt.

#### *Onderdeel B*

De voorgestelde wijziging maakt duidelijk dat het in artikel 14b, eerste lid, gaat om een wijziging van het behandelingsplan nadat de voorwaardelijke machtiging is verleend. Zoals in het algemeen deel van de toelichting is gesteld, behoeft een wijziging in die fase altijd de instemming van de patiënt.

#### *Onderdeel C*

In het voorgestelde artikel 14d, eerste lid, wordt aan de geneesheer-directeur de bevoegdheid gegeven om een patiënt die met een voorwaardelijke machtiging buiten een ziekenhuis verblijft, op te nemen. De procedure die voorafgaat aan de beslissing van de geneesheer-directeur tot opneming van de patiënt is sterk vereenvoudigd. De opneming geschiedt op basis van een beslissing van de geneesheer-directeur. Deze zal zich voorafgaand aan de opneming op de hoogte moeten stellen van de geestelijke gezondheid van de patiënt op dat moment. Op de opnemingsprocedure is al in het algemeen deel van deze toelichting ingegaan. De voorgestelde wijziging sluit aan op de wens van een groot aantal organisaties om de procedure voor het opnemen van een patiënt te vereenvoudigen. Wij sluiten ten aanzien van deze opnemingsprocedure in het onderhavige wetsvoorstel aan bij de procedure die geldt bij opneming van een patiënt die met ontslag onder voorwaarden buiten de inrichting verblijft. Deze procedure is in de praktijk goed werkbaar gebleken.

Op de voorgestelde wijziging van de eerste volzin van artikel 14d, tweede lid, is in het algemeen deel van deze toelichting reeds ingegaan.

#### *Onderdelen D en E*

Deze onderdelen bevatten aanpassingen die een gevolg zijn van de voorgestelde artikelen 38a tot en met 38c.

#### *Onderdeel F*

De nieuwe, regeling voor dwangbehandeling is uitsluitend bestemd voor de sector psychiatrie; voor de psychogeriatrische patiënten en voor personen met een verstandelijke handicap die zijn opgenomen in een verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting wordt de bestaande regeling van artikel 38 vooralsnog gehandhaafd. Dit wordt vastgelegd in het voorgestelde artikel 37b. Voor de laatstbedoelde groepen patiënten wordt op dit moment gewerkt aan een op hun situatie toegesneden regeling die, onder andere, ook dwangbehandeling zal betreffen.

#### *Onderdeel G*

Nu wij in het voorgestelde artikel 38a de reikwijdte van de regeling hebben bepaald met een verwijzing naar artikel 37b, stellen wij voor artikel 38 hetzelfde voor.

#### *Onderdeel H*

Voor de overzichtelijkheid worden na het huidige artikel 38 drie artikelen ingevoegd die betrekking hebben op de dwangbehandeling van psychiatrische patiënten die zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Het voorgestelde artikel 38a betreft de totstandkoming van het behandelingsplan, de daaraan te stellen eisen, de aanduiding van degene die het behandelingsplan opstelt en van degenen met wie daarover overleg moet worden gepleegd. Het voorgestelde artikel 38b legt uitdrukkelijk als hoofdregel vast dat behandeling van een patiënt alleen kan plaatsvinden op basis van een behandelingsplan en voegt daaraan twee eisen toe: het overleg over het behandelingsplan heeft geleid tot overeenstemming en de patiënt of zijn vertegenwoordiger verzet zich niet tegen de daadwerkelijke behandeling. In artikel 38c wordt dan de dwangbehandeling geregeld. Dat wil zeggen, de behandeling die kan plaatsvinden als niet is voldaan aan één van de of aan beide eisen opgenomen in de onderdelen b en c van artikel 38b. Maar ook daarbij blijft gelden, dat behandeling slechts mogelijk is voor zover voorzien in het behandelingsplan. Voor gevallen waarin het behandelingsplan niet voorziet, zal een beroep moeten worden gedaan op de specifieke regeling van artikel 39 (middelen en maatregelen «ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties»), waarin geen wijziging wordt aangebracht.

#### **Artikel 38a**

In het eerste lid van dit voorgestelde artikel wordt een belangrijke wijziging aangebracht in het karakter van het behandelingsplan. Volgens het huidige artikel 38, derde lid, dient het behandelingsplan gericht te zijn op het *verbeteren van de stoornis* die de patiënt gevaar doet veroorzaken. In de nieuwe formulering wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat de stoornis zelf niet te verbeteren is, maar dat het *gevaar* dat een gevolg is van de stoornis het aangrijpingspunt voor de behandeling moet zijn. Hierbij valt te denken aan een geval waarin de stoornis zelf naar zijn aard niet te behandelen is, maar waarin wel een therapie bestaat (bijvoorbeeld medicatie) die eraan kan bijdragen dat betrokkene geen gevaar meer

vormt voor zichzelf of anderen. Naar aanleiding van het gezamenlijke advies van GGZ Nederland, NVvP en KNMG is de tekst van het artikel bijgesteld, in die zin dat duidelijker dan voorheen wordt aangegeven wat de reden kan zijn voor dwangbehandeling. Namelijk het wegnemen van het gevaar dat de patiënt door zijn stoornis veroorzaakt, zodat verblijf buiten de inrichting mogelijk is. De suggestie die van de tekst uitging – dat de (dwang)behandeling uitsluitend gericht kon zijn op het gevaar dat de directe aanleiding was voor de opname – is met de nieuwe formulering weggenomen.

De Stichting Pandora maakte er bezwaar tegen dat gedwongen behandeling alleen op het wegnemen van gevaar gericht zou kunnen zijn en niet tevens op het verbeteren van de stoornis. Hierin hebben wij aanleiding gevonden het wetsvoorstel aan te passen in die zin, dat in artikel 38a, eerste lid, wordt vastgelegd dat het wegnemen van het gevaar door een verbetering van de stoornis de eerste optie is. Pas als dat niet mogelijk is, kan het behandelingsplan behandelingsmethoden bevatten die op een andere wijze het gevaar wegnemen.

In het tweede lid wordt – in kortere bewoordingen – vastgelegd wat thans is bepaald in artikel 38, derde lid, tweede en derde volzin.

In het derde tot en met zesde lid worden de regels opgenomen over het overleg dat moet worden gevoerd in het kader van de totstandkoming van het behandelingsplan. Daarbij is ook door een onderverdeling in artikelleden het verschillende karakter tot uitdrukking gebracht. Het derde lid betreft het belangrijkste overleg: dat met de patiënt zelf. Het vierde lid betreft het overleg dat met de vertegenwoordiger van de patiënt moet worden gepleegd indien de patiënt zelf daartoe niet in staat is. Het vijfde lid betreft het specifieke overleg dat vóór de opstelling van het behandelingsplan moet plaatsvinden met de instelling of psychiater die de patiënt voor zijn opname behandelde of begeleidde.

Anders dan in artikel 14a, wordt niet in dit artikel zelf geregeld dat als een van de betrokken vormen van overleg niet tot overeenstemming heeft geleid, de behandelaar dit in het patiëntendossier moet aantekenen.

Artikel 56 bevat al een regeling daaromtrent met betrekking tot artikel 38. Door toevoeging van artikel 38a, in artikel 56, eerste lid, onderdeel a, zal die regeling ook gelden voor het behandelingsplan van artikel 38a. Dit betekent dat de behandelaar in het behandelingsplan moet aantekenen welke behandelvoorstellen hij heeft gedaan en waarom hij daarover geen overeenstemming met de patiënt kon verkrijgen.

De eis van artikel 38, vierde lid, dat van het niet bereiken van overeenstemming mededeling moet worden gedaan aan de geneesheer-directeur, is in artikel 38a niet opgenomen. Het niet bereiken van overeenstemming is – in juridische zin – voornamelijk van belang in verband met dwangbehandeling. Daarom wordt thans de eis gesteld dat de behandelaar een afschrift van zijn beslissing tot toepassing van dwangbehandeling aan de geneesheer-directeur stuurt.

### **Artikel 38b**

Dit artikel legt onder a eerst uitdrukkelijk de hoofdregel vast die thans impliciet besloten ligt in artikel 38, vijfde lid: behandeling van een patiënt kan alleen plaatsvinden op basis van een behandelingsplan. Deze eis blijft te allen tijde gelden, ook indien wordt besloten tot dwangbehandeling. Volledigheidshalve merken wij op dat voor noodgevallen, niet voorzien in het behandelingsplan, artikel 39 van de wet (de toepassing van middelen en maatregelen) bedoeld is. Het voorgestelde artikel 38b, noemt verder de twee andere eisen die ook thans gelden voor vrijwillige behandeling: het overleg over het behandelingsplan heeft geleid tot overeenstemming én de patiënt of zijn vertegenwoordiger verzet zich niet tegen de daadwerkelijke behandeling. Wij wijzen er – wellicht ten overvloede – op dat het



overleg met de huisarts en de eerdere behandelaar, bedoeld in artikel 38, vijfde lid, informatief van aard is en niet is gericht op het bereiken van overeenstemming over het behandelingsplan. De verantwoordelijkheid voor de behandeling wordt immers overgenomen door degene die binnen het ziekenhuis verantwoordelijk is voor de behandeling van betrokkene.

### **Artikel 38c**

Dit artikel regelt voor een deel de materie die in artikel 38 is neergelegd in het vijfde tot en met zevende lid. De nieuwe elementen worden hieronder afzonderlijk toegelicht.

#### **Artikel 38c, eerste lid, onderdeel a**

Zoals in paragraaf 2 van deze memorie van toelichting is uiteengezet, voorziet deze nieuwe bepaling in de mogelijkheid van dwangbehandeling indien aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat betrokkene door een stoornis van de geestvermogens doet veroorzaken, niet kan worden weggenomen zodat betrokkene binnen een redelijke termijn buiten het ziekenhuis kan verblijven. In deze bepaling zitten elementen die ruimte bieden voor een op de casus toegesneden toepassing.

Voordat tot dwangbehandeling mag worden overgegaan, moet er allereerst een behandelingsplan zijn. In het behandelingsplan is de behandeling opgenomen waarmee het gevaar dat de stoornis de patiënt doet veroorzaken, kan worden weggenomen met als gevolg dat hij uit het ziekenhuis ontslagen kan worden. Daarbij wordt ingevolge artikel 38a, eerste lid, zo mogelijk de geestesstoornis als zodanig behandeld of, als dit niet mogelijk is, (alleen) het daaruit voortvloeiende gevaar. Ten tweede moet vaststaan dat ofwel geen overeenstemming kon worden bereikt over het behandelingsplan met de patiënt zelf of met zijn vertegenwoordiger, ofwel dat (een van dezen) zich, ondanks de bestaande overeenstemming, tegen de behandeling verzet. Ten derde moet aannemelijk worden gemaakt dat in casu zonder toepassing van het behandelingsplan betrokkene niet binnen een redelijke termijn buiten het ziekenhuis kan verblijven, zonder gevaar te veroorzaken als gevolg van de stoornis. Ten slotte moet invulling worden gegeven aan het begrip «redelijke termijn». De invulling daarvan is in eerste instantie een zaak van diegenen die door hun opleiding en ervaring deskundig zijn in de beoordeling van de desbetreffende stoornis, de daarvoor bestaande behandelingsmodaliteiten en de risico's indien niet tot behandeling wordt overgegaan. Het gaat er in dit verband om dat aannemelijk moet worden gemaakt dat de patiënt zonder de behandeling geen uitzicht heeft op beëindiging van de gedwongen opnemingen of dat de gedwongen opnemingen aanmerkelijk langer zal duren dan met de behandeling het geval zal zijn. Uiteindelijk is het aan de rechter, bij een eventuele beoordeling van de rechtmatigheid van de dwangbehandeling, al deze elementen te toetsen.

Zoals eerder gemeld, kan het heel goed voorkomen dat slechts een eerste medicatie onder dwang dient te worden toegediend, waarna de betrokkene verder wél bereid is om het behandelingsplan te volgen, zodat de dwangtoepassing van zeer korte duur kan zijn. Vanzelfsprekend geldt hierbij dat moet worden volstaan met de minst ingrijpende behandeling, die effectief moet zijn in de gegeven omstandigheden en die niet langer dan strikt noodzakelijk mag worden toegepast (de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit).

Het beginsel van subsidiariteit ligt besloten in het voorgestelde criterium voor dwangbehandeling – namelijk dat zonder *die* behandeling het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen – maakt duidelijk dat van dwang pas sprake mag zijn als er geen andere mogelijkheden (meer) zijn. Dit brengt mee dat over het algemeen niet aanstonds tot

dwangbehandeling mag worden overgegaan als er een reële kans is dat betrokkene binnen afzienbare termijn bereid zal zijn om – bijvoorbeeld – de voorgeschreven medicatie vrijwillig in te nemen. Als langs de weg van overreding een min of meer gelijk resultaat kan worden bereikt, dient natuurlijk die weg te worden bewandeld en niet de weg van dwang. Indien daarentegen bij het ziektebeeld past, dat betrokkene voorlopig niet of zelfs nooit bereid zal zijn om vrijwillig een bepaalde medicatie in te nemen, zal – indien ook overigens is voldaan aan de gestelde voorwaarden – wel tot dwangbehandeling op korte termijn mogen worden besloten. Het zal dan doorgaans geen zin hebben om met behandeling te wachten. Daarbij speelt ook een rol, wat de risico's van afwachten zijn.

Het beginsel van proportionaliteit ligt besloten in de eis dat onder dwang het behandelingsplan en niet meer dan het behandelingsplan (dat er op gericht is de patiënt zo ver te brengen dat hij het ziekenhuis weer kan verlaten) mag worden uitgevoerd.

Het beginsel van proportionaliteit is ook terug te vinden in het in de wet neergelegde element van de redelijke termijn. Dit element brengt met zich mee dat niet tot dwangbehandeling mag worden overgegaan als het doel daarvan alleen is gelegen in enige verkorting van het verblijf van betrokkene in het ziekenhuis. Wat in casu kan worden aangemerkt als een redelijke termijn, hangt nauw samen met de aard van de aandoening, de mate waarin betrokkene of zijn omgeving nadelige gevolgen ondervindt van de aandoening, de mogelijkheden om met behandeling verbeteringen te bereiken en de termijn waarbinnen die verbeteringen bereikbaar zijn.

Teneinde de rechtmatigheid van de toepassing van dwangbehandeling te kunnen laten toetsen, zal omtrent alle elementen die van belang zijn geweest voor de beslissing om tot dwangbehandeling over te gaan, verantwoording moeten worden afgelegd, dus ook over het element van de redelijke termijn. Wij verwijzen naar de passage hierna, waarin wordt ingegaan op de mogelijkheden om hierin tot enige vorm van consistentie binnen en tussen de diverse instellingen te komen.

Het criterium voor dwangbehandeling gaat niet zover dat aannemelijk moet worden gemaakt dat de behandeling er *daadwerkelijk* toe zal leiden dat het gevaar binnen redelijke termijn wordt weggenomen; waar het om gaat is dat redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarvan zonder behandeling in elk geval *geen* sprake zal zijn. De bedoeling is uiteraard wel dat de toestand van de patiënt zodanig verbetert, dat hij weer zonder gevaar in de samenleving kan functioneren, en bij voorkeur zodanig dat het gevaar zich niet (snel) opnieuw zal voordoen. Deze bedoeling is in het wetsvoorstel vastgelegd door te bepalen dat slechts het behandelingsplan onder dwang kan worden uitgevoerd. Alleen een behandeling die in het behandelingsplan is opgenomen, kan onder dwang worden toegepast. Een behandelingsplan – wij merkten het reeds eerder op – moet gericht zijn op het wegnemen van het gevaar dat de stoornis doet veroorzaken. Dit kan door het verbeteren van de stoornis of – als dit niet mogelijk is – door het anderszins wegnemen van het gevaar. Wij hechten eraan op te merken dat tegenover toepassing van dwang, van de zijde van de behandelaar hoort te staan dat deze de betrokkene alle begeleiding geeft die nodig is om het doel van de behandeling te bereiken. Dit kan zelfs zijn beslag moeten krijgen na diens ontslag.

In het advies van GGZ Nederland, de KNMG en de NVvP is ten behoeve van de zorgvuldigheid bij het besluit om over te gaan tot dwangbehandeling, een rol bepleit voor organen die per inrichting of – liever nog – regionaal advies kunnen geven. Ook het AVVV sloot zich hierbij aan. Wij juichen een dergelijk initiatief bijzonder toe, omdat de feitelijke invulling

van de in het wetsvoorstel opgenomen – open – normen, zoals wij hiervoor aangaven, inderdaad primair dient te geschieden door diegenen die door hun opleiding en ervaring in het bijzonder deskundig zijn in de beoordeling van het ziektebeeld, de behandelingsmodaliteiten en de risico's van het nalaten van behandeling. Het werken met open normen is – gezien de veelheid van personen en situaties waarop de regeling betrekking heeft – onvermijdelijk. Zonder open normen zou de regelgeving te omvangrijk worden, omdat iedere denkbare casus beschreven zou moeten worden. De regelgeving zou daardoor zeer ondoorzichtig en onwerkbaar worden. De voorgestelde organen kunnen een belangrijke bijdrage geven aan het concretiseren van de open normen in afzonderlijke gevallen. Door een dergelijke bundeling van kennis en ervaring kan er mede voor worden gewaakt – de Stichting PVP wees daarop in haar advies – dat door de opstapeling van open normen willekeur ontstaat. In het advies van de drie eerstgenoemde organisaties is de rol van zulke commissies als adviserend aangeduid; in het advies van het AVVV wordt aan die commissies daarentegen een besluitvormende taak toegedacht. Wij menen dat zowel de instelling als de daadwerkelijke taak van zodanige commissies geheel kan en moet worden overgelaten aan de instellingen en de beroepsbeoefenaren zelf, en dat hierbij voor de wetgever geen rol is weggelegd, mede ter vermindering van onnodige administratieve lasten bij de instellingen. Dat neemt niet weg dat naar onze mening de instelling van adviescommissies de kwaliteit van de besluitvorming zeker ten goede kan komen, ook omdat daarmee een grote mate van zorgvuldigheid kan worden bereikt die voor de patiënten van groot belang is, zeker gezien de voorgestelde uitbreiding van de mogelijkheden van dwangbehandeling. Wij menen dat daarmee in ieder geval voor een deel tegemoet kan worden gekomen aan de bezwaren die daaromtrent leven bij de patiëntenorganisaties. Een dergelijke zorgvuldige besluitvorming kan klachten tegen de toepassing van dwangbehandeling voorkomen.

In het gezamenlijke advies van GGZ Nederland, de NVvP en KNMG, en in het advies van de Stichting PVP wordt gevraagd naar de rol van het begrip wilsbekwaamheid bij de beslissing tot het toepassen van dwangbehandeling. Hoewel het begrip geen onderdeel uitmaakt van de wettelijke criteria voor dwangbehandeling, kan het zeker een element zijn dat de behandelaar meeweegt bij het nemen van de beslissing al of niet over te gaan tot dwangbehandeling. Van dwangbehandeling kan in ieder geval niet worden afgezien op de grond dat een patiënt de behandeling wilens en wetens afwijst, terwijl behandeling nodig is om gevaar voor anderen af te wenden.

#### **Artikel 38c, eerste lid, onderdeel b**

De thans ook bestaande bevoegdheid tot toepassing van dwangbehandeling blijft bestaan in onderdeel b. Alleen wordt aan de bepaling wel toegevoegd dat het bij deze bevoegdheid moet gaan om het afwenden van gevaar *binnen de inrichting*. De bestaande bevoegdheid blijft toegespitst op situaties waartoe de jurisprudentie deze bevoegdheid in de loop der tijden ook heeft beperkt, namelijk het gevaar dat zich binnen de inrichting voordoet. De nieuwe, ruimere bevoegdheid van onderdeel a richt zich juist op het gevaar dat de patiënt door zijn stoornis buiten de inrichting oplevert.

#### **Artikel 38c, tweede lid**

Het in artikel 38c, eerste lid, onderdeel a, gekozen criterium brengt met zich mee dat er een moment moet worden ingebouwd waarop getoetst wordt of de behandeling daadwerkelijk het beoogde effect heeft, te weten ontslag uit de inrichting binnen redelijke termijn. In verband hiermee

wordt voorgesteld dat de toepassing van de nieuwe modaliteit van dwangbehandeling aan een termijn wordt gebonden. De termijn moet in beginsel natuurlijk zo kort mogelijk worden gesteld; uit een oogpunt van proportionaliteit, subsidiariteit én doelmatigheid zal zo snel mogelijk moeten worden overgegaan tot vrijwillige behandeling. Mede naar aanleiding van het gezamenlijke advies van GGZ Nederland, de KNMG en de NVvP, wordt een maximumtermijn van drie maanden voorgesteld, te rekenen vanaf de dag waarop de beslissing wordt genomen. Dit laatste is nodig omdat het vanzelfsprekend niet aanvaard kan worden dat een beslissing tot dwangbehandeling wordt genomen «voor het geval dat». Dat wil zeggen dat de effectuering daarvan pas op een later moment plaatsvindt. Met het oog op de zorgvuldigheid wordt bepaald dat de beslissing een schriftelijke is, zodat de zorgvuldigheidseisen van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing zijn. De Nederlandse Orde van Advocaten heeft er in zijn advies voor gepleit in het tweede lid te bepalen dat behandeling overeenkomstig het eerste lid slechts plaatsvindt «wanneer de behandelaar zich ervan heeft vergewist dat zich in redelijkheid voor deze behandeling geen alternatieven voordoen». Als de achtergrond van dit pleidooi is, tot uitdrukking te brengen dat de minst ingrijpende behandeling moet worden toegepast, kunnen wij die vanzelfsprekend onderschrijven. Het criterium voor toepassing – voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat uit de stoornis voortvloeit, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen – impliceert al dat er geen alternatieven voor de dwangbehandeling meer zijn. Om die reden nemen wij dit tekstvoorstel niet over. Wel willen wij graag nog eens vastleggen dat de beslissing om tot dwangbehandeling over te gaan in algemene zin getoetst dient te worden aan de algemene uitgangspunten van proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit.

### **Artikel 38c, derde lid**

Voor gevallen waarin zelfs een termijn van drie maanden te kort blijkt te zijn, moet dwangbehandeling ook na afloop van die periode mogelijk zijn. Zo'n langdurige behandeling kan niet plaatsvinden uitsluitend op initiatief van de behandelaar. Voorgesteld wordt daarom dat een – wederom: schriftelijke – beslissing daartoe wordt genomen door de geneesheer-directeur. Dit geldt eveneens voor een dwangbehandeling die niet aansluitend aan de eerste periode wordt voortgezet, maar die na een onderbreking wordt aangevangen. Wij stellen voor de geneesheer-directeur te laten beslissen als een volgende dwangbehandeling binnen zes maanden plaatsvindt. Ook deze nieuwe beslissing zal natuurlijk weer gemotiveerd moeten worden. Daarbij zal vanzelfsprekend moeten worden ingegaan op de tot dan toe bereikte resultaten. Daarin kan aanleiding worden gevonden voor een voortzetting van dezelfde behandeling of juist voor een gewijzigde behandeling. Uiteraard moet hiertoe het behandelingsplan worden aangepast. De verwachting is evenwel dat in de meeste gevallen dwangbehandeling voor een langere termijn dan drie maanden niet nodig zal zijn en het dwangkarakter van de behandeling beperkt kan blijven tot een korte periode, waarna de behandeling vrijwillig kan worden voortgezet.

In die – hopelijk sporadische – gevallen waarin de dwangbehandeling voortgezet moet worden, moet steeds in het oog gehouden worden dat iedere beslissing de toets aan de beginselen proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid moet kunnen doorstaan. Dit brengt mee dat de motivering steeds sterker en specifiekere dient te zijn. Met standaardmotiveringen zal dan ook niet kunnen worden volstaan. Dit brengt mee dat het aantal beslissingen van de geneesheer-directeur beperkt zal zijn. Als een dwangbehandeling die al geruime tijd voortduurt het doel van de behandeling, het ontslag van de patiënt, niet heeft weten te bewerkstel-

ligen, valt niet te verwachten dat een behandelaar aannemelijk kan maken dat dit met behandeling wel het geval zal zijn. Omdat de patiënten zeer verschillend zijn, valt niet vooraf te voorspellen hoe vaak een nieuwe beslissing nodig en mogelijk zal zijn. Daarom bevat het wetsvoorstel geen aanduiding van het aantal malen dat dwangbehandeling mogelijk is. Gaarne memoreren wij hier de suggestie die is gedaan in het advies van GGZ Nederland, de KNMG en de NVvP, inhoudende dat voorafgaand aan de beslissingen een advies wordt uitgebracht door een commissie per inrichting of – liever nog – regionaal als adviseur optreedt. Wij onderschrijven de gedachte dat de rechtspositie van de patiënten daarmee is gediend. Ook hier zien wij evenwel geen taak voor de wetgever.

### **Artikel 38c, vierde tot en met zevende lid**

Het voorgestelde vierde lid komt inhoudelijk overeen met artikel 38, vijfde lid, laatste volzin. In de voorgestelde leden 5, 6 en 7 wordt opgenomen wat voor psychogeriatrische patiënten en personen met een verstandelijke handicap geregeld blijft in artikel 38, zesde en zevende lid, met dien verstande dat de kennisgevingsverplichting niet alleen geldt voor dwangbehandeling, maar ook voor een nieuwe dwangbehandeling binnen zes maanden, zoals geregeld in het derde lid.

### *Onderdelen I tot en met K en M*

Deze onderdelen bevatten aanpassingen die een gevolg zijn van de voorgestelde artikelen 38a tot en met 38c.

### *Onderdeel L*

Naast een aanpassing in verband met de voorgestelde artikelen 38a tot en met 38c, bevat dit onderdeel een aanpassing van de klachtregeling. De wet voorziet er thans niet in dat het bestuur een afschrift krijgt van de beslissing van de klachtencommissie, wat wel het geval is met de beslissing van de rechter.

Het is van groot belang dat niet alleen de geneesheer-directeur, maar ook het bestuur op de hoogte is van de beslissing van de commissie. Het is immers het bestuur dat op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen ervoor verantwoordelijk is dat verantwoorde zorg wordt verleend. Daar hoort bij dat de continuïteit van de zorg is gewaarborgd, ook als een behandelaar door een beslissing van de klachtencommissie of van de rechter in een situatie geraakt waarin hij naar zijn oordeel in strijd met zijn eigen professionele opvattingen zou moeten handelen. Het is dan uiteindelijk de verantwoordelijkheid van het bestuur er voor te zorgen dat de behandeling van de patiënt hierdoor niet in een impasse raakt.

Wel is het de behandelaar die ingevolge het systeem van de wet als eerste verantwoordelijk is voor de uitvoering van een beslissing op een klacht. Uitgangspunt is dat de patiënt met hem een behandelrelatie heeft die hij als professional kan voortzetten, zij het dat hij dit moet doen in lijn met de beslissing van de commissie of de rechter. De ervaring leert dat behandelaars daarmee in de praktijk weinig moeite hebben en daartoe ook goed in staat zijn. Dit neemt niet weg dat er een vangnet moet zijn voor het geval de behandelaar er niet in slaagt met alternatieven voor de gewraakte behandeling te komen. Dat vangnet is er omdat de Kwaliteitswet zorginstellingen er toe dwingt dat een psychiatrisch ziekenhuis een systeem heeft dat de continuïteit van de zorg ook in deze situatie waarborgt. Met dit wijzigingsvoorstel wordt voldaan aan de bedoelingen van de motie Hamel c.s. (Kamerstukken I 2005/06, 28 999, E). Uit het vorenstaande blijkt immers dat de wetgeving de plicht op een ziekenhuis heeft gelegd ervoor te zorgen dat de behandeling van een patiënt niet in gevaar

komt als sprake is van een beslissing waarmee een behandelaar volstrekt niet uit de voeten meent te kunnen.

#### *Onderdeel N*

De regeling van het voorwaardelijk ontslag moet op dezelfde wijze worden verruimd als de regeling van de voorwaardelijke machtiging, teneinde te vermijden dat een voorwaardelijke machtiging wél, maar een voorwaardelijk ontslag niét verleend kan worden ten aanzien van een persoon die zich niet nadrukkelijk bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarden, maar van wie wel redelijkerwijs kan worden aangenomen dat hij de voorwaarden zal naleven.

#### *Onderdeel O*

De voorgestelde aanvulling van artikel 46, eerste lid, verplicht de geneesheer-directeur net zoals dit in artikel 14d, eerste lid, het geval is bij opnemings in geval van een voorwaardelijke machtiging zich op de hoogte te stellen van de actuele, geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt. Daarmee wordt ook bij opnemings in geval van ontslag onder voorwaarden gewaarborgd dat is voldaan aan de uit artikel 5 van het EVRM voortvloeiende eis van een deskundig en op de actualiteit gebaseerd medisch oordeel.

#### *Onderdelen P tot en met T*

Deze onderdelen bevatten aanpassingen die een gevolg zijn van de voorgestelde artikelen 38a tot en met 38c.

### **Artikel II**

Gelet op de urgentie van in ieder geval de wijziging van de regeling van de voorwaardelijke machtiging, is het wenselijk dat deze wetswijzigingen zo spoedig mogelijk in werking treden. Eventueel kan een verschillend tijdstip van inwerkingtreding worden vastgesteld.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst

De Minister van Justitie,  
J. P. H. Donner