

BOTSING

MET DE

BOPZ

Kommentaar van de Werkgroep Krankzinnigenwet
op het Tweede Nader Gewijzigd Ontwerp van de
Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische
Ziekenhuizen (Kamerstuk 11270, nr. 19)

**Kommentaar van de Werkgroep Krankzinnigenwet op het
Tweede Nader Gewijzigd Ontwerp van de Wet Bijzondere Opne-
mingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Kamerstuk 11270, nr. 19)**

De 'BOPZ' (het tweede nader gewijzigd ontwerp van wet,
kamerstuk 11 270, nr. 19) kan worden opgevraagd bij:
de Staatsuitgeverij
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
telefoon 070 - 78 99 11

Werkgroep Krankzinnigenwet
p/a 2e Const. Huygensstraat 77
1054 CS Amsterdam
telefoon: 020 - 12 75 52

mei 1982

Inleiding

Het hierna op de artikelen van het genoemde wetsontwerp geleverde commentaar is uitsluitend bedoeld om bij de eventuele aanvaarding van de wet de onzes inziens patiënt/kliënt-schadelijke effecten ervan te minimaliseren.

Alvorens nader in te gaan op de tekst van het wetsontwerp, wil de Werkgroep Krankzinnigenwet de volksvertegenwoordigers een aantal principiële uitgangspunten voorleggen. De Werkgroep heeft herhaalde malen (bijvoorbeeld ten gevolge van commentaren op eerdere wetsontwerpen) aangedrongen op een fundamentele discussie over de bestaansnoodzaak van de wet als zodanig. Wij willen de betrokkenen nogmaals van onze zienswijze op de hoogte stellen. Dit te meer daar ervaringen in andere landen en met name in Italië aantonen dat een volstrekt andere benadering tot de reële mogelijkheden behoort. Onze opvattingen zijn overigens niet los te zien van een veel meer omvattende kritiek op de gehele Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland, zowel naar inhoud en organisatie daarvan.

Zowel in het Patiëntenmanifest (bijlage 1) als in het Denk- en Doeplan van de Cliëntenbond (bijlage 2) wordt (onder andere) gepleit voor de opheffing van de psychiatrische ziekenhuizen. Deze pleidooien die overigens op ruime schaal gesteund worden door deskundigen in binnen- en buitenland (bijvoorbeeld Romme, Sengers, Basaglia, Pirella), berusten op de opvatting dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis het slechtste antwoord is op een hulpvraag dat men zich kan bedenken. Een patiënt/kliënt wordt geïsoleerd van zijn omgeving opgenomen in een groot-schalig instituut, meestal ver weg van zijn woonplaats.

Hier vindt een onaanvaardbare vermenging plaats van verblijf en behandeling en wordt de patiënt/kliënt gedwongen in een organisatorisch keurslijf dat eigen is aan dergelijke instituties. De opgenomen patiënt/kliënt heeft geen wettelijk geregelde rechtspositie en is vaak zo slecht geïnformeerd over de rechten die hij als nederlands staatsburger heeft, dat hij in zekere zin is overgeleverd aan willekeur.

Waar dan nog bijkomt dat door de legitimatie van het gebruik van dwang bij opnemingen in het kader van de Krankzinnigenwet men erg gemakkelijk en veelvuldig (zie ook de brief van de minister met het evaluatierapport van de Geneeskundige Hoofdingspektie voor de Geestelijke Volksgezondheid betreffende dwangmiddelen-registratie) dwangmiddelen en vrijheidsbeperkende maatregelen toepast. Dit nu brengt ons bij een tweede principiële uitgangspunt. Naar onze opvatting zijn dwang en hulpverlening elkaar uitsluitende begrippen. Hulpverlening kan alleen plaatsvinden op basis van wederzijds vertrouwen en gelijkwaardigheid. Uitoefening van dwang, zowel bij de opnemingen als tijdens de behandeling, sluit dit ten enen male uit.

Resumerend stellen wij dat Bijzondere (lees gedwongen) Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen strijdig zijn met onze opvattingen over het bestaansrecht van dergelijke instituten en met onze opvattingen over de toelaatbaarheid van dwang in de hulpverlening.

Wij willen u in ernstige overweging geven de werkzaamheden aan het wetsontwerp BOPZ te staken, respectievelijk het wetsontwerp te verwerpen; te bevorderen dat de huidige Krankzinnigenwet ingetrokken wordt, en vervolgens er voor te zorgen dat er een beleid tot stand komt waarin de eventuele opname-behoefte (op vrijwillige basis) gerealiseerd wordt in zeer kleinschalige voorzieningen, zo dicht mogelijk bij de direkte woonomgeving van patiënten/kliënten. Dit in het licht van een fundamentele verandering van de gehele geestelijke gezondheidszorg, waarin de preventie, het vroegtijdig herkennen van gevaarsituaties, het voorkomen van opnamen en de bevordering van zelfhulp en mantelzorg centraal dienen te staan.

KRITIEK EN OPMERKINGEN NAAR AANLEIDING VAN DE ARTIKELËN
BOPZ (11270, nr. 19)

Artikel 1, lid 1

Nog steeds heeft men de Werkgroep KZ niet kunnen overtuigen van het nut en de juistheid van de term 'ziekelijke stoornis'. Biologische, psychische en sociale factoren gaan in het leven altijd samen. Wanneer iemand in zijn leven op grote moeilijkheden stuit en vastloopt, dan spelen inderdaad wel al deze factoren een rol, maar dat wil toch niet zeggen dat men de stoornis daarom persé 'ziekelijk' moet noemen. Er bestaan onzes inziens wel 'ziekelijke stoornissen van de geest', maar deze omschrijving is naar onze mening lang niet op alle patiënten in psychiatrische inrichtingen van toepassing, en evenmin op diegenen over wie het in dit wetsontwerp gaat.

Artikel 1, lid 2 a en b

De wettekst is op verschillende plaatsen niet gelijklopend. Dit is niet alleen verwarrend, het geeft aanleiding tot verschillende interpretaties. Het maakt ook duidelijk dat "de kernvraag moet worden beantwoord of het waarneembare gevaarlijke gedrag is te zien als rechtstreeks gevolg van een ziekelijke stoornis van de geestvermogens" niet zo'n kernvraag is (blz. 2 kamerstuk 11270 nr. 17). Elders formuleert de staatssecretaris (blz. 25 zelfde stuk) "zal slechts bij ernstige stoornissen zich de situatie kunnen voordoen dat het gevaar direkt en in overwegende mate het gevolg is van de stoornis". De tekst van de wet en formuleringen van de staatssecretaris kunnen niet vermijden dat de mogelijkheid blijft bestaan dat in situaties van gevaar, deze de aanleiding zullen zijn om een al of niet ernstige c.q. ziekelijke stoornis te vooronderstellen.

Wij blijven het betreuren dat in het ontwerp van wet en in de antwoorden van de staatssecretaris een strikt medische benadering de belangrijkste gedachtenbepaling is. Juist omdat de strikt medische benadering een systeemfout in zich heeft die nauwelijks te vermijden is. De medikus zal ten sterkste trachten te vermijden dat hij een ziek persoon voor gezond aanziet. Hij zal liever iemand ziek verklaren, "om risico te vermijden" (Scheff). Dit in tegenstelling tot een juridische benadering, waar iemand pas schuldig is, als dit bewezen is. Daarnaast betreuren we de medische benadering omdat zowel de veronderstelde "ziekelijke stoornis" als het veronderstelde "gevaar" door allerlei andere factoren, welke niet in de ziekte van een persoon gelegen zijn, veroorzaakt kunnen zijn. Het zou dan ook juister zijn als naast de psychiater, andere deskundigen - psychologen, maatschappelijk werkers - een advies aan de rechter uitbrengen alvorens deze zijn beslissing neemt.

De wet houdt weinig rekening met wat de psychiater in zijn opleiding leert. Het leren herkennen van patronen van afwijkend gedrag, leren beoordelen op het al of niet aanwezig zijn van psychiatrische aandoeningen (Bakker) is niet gelijk te stellen met het oordeel of er sprake is van "gestoord in zijn geestvermogens" zijn. Overigens zou op basis van de wet gedacht kunnen worden dat er een eenduidige psychiatrische diagnostiek bestaat. Helaas is dit niet zo, en is de rechter zeer afhankelijk van de toevallige "deskundige" die een psychiatrisch advies uitbrengt. De voorgestelde gang van zaken berust op het vertrouwen in een gilde, "De Medische Stand". Het is van belang dat er niet slechts op basis van vertrouwen, maar ook op deskundigheid geoordeeld wordt. Wij kunnen ons deze deskundigheid alleen voorstellen wanneer iemand heeft bewezen deskundig te zijn, en te blijven. Dit betekent dat er deskundigen aangewezen moeten worden en niet een ieder die psychiater genoemd wordt, adviezen kan uitbrengen. De gang van zaken in de gemeente Rotterdam versterkt dit idee (Gedwongen Psychiatrische Opnemingen in Rotterdam, nu en in de toekomst - uitg. GG & GD Rotterdam, 1981, blz. 31).

In dit rapport zijn twee duidelijke redenen aan te wijzen voor een vermindering van het aantal gedwongen opnamen.

Vanaf 1 januari 1980

- hoort de rechtbank elk persoon waarvoor een machtiging is voorgesteld, en
- adviseren slechts de psychiaters van de GG & GD de rechtbank inzake gedwongen opnemingen.

Ten aanzien van de relatie gevaar - stoornis is het moeilijk een concrete uitspraak te doen. Ondanks dat vele mensen aan één of andere vorm van stoornis lijden, is het in de praktijk zo dat slechts een enkeling tegen zijn wil in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen. Het voorspellen van gevaar is tot nu toe gebleken niet op harde gegevens te berusten. De voorspelling wordt meer bepaald door de gedachte "de maatschappij moet beschermd worden" dan door de gedachte dat het individu niet langer zijn vrijheid aan kan. De staatssecretaris zegt zelf (kamerstuk 11270 nr. 17 blz. 7):

"Bij het oordeel dat geen andere oplossingen dan een dwang-opneming mogelijk zijn, zal de rechter zeker ook de draagkracht van degene die betrokkene nastaan, en hetgeen van hen in redelijkheid nog mag worden gevergd, hebben te betrekken".

Zoals de stoornis, is ook het gevaar en de bepaling daarvan niet alleen afhankelijk van de persoon, ook van zijn omgeving. Juist voor de voorspelling van het gevaar is het nodig om rekening te houden met psychologische en sociale factoren, naast medische factoren. Wederom willen we pleiten voor een brede advisering aan de rechter, door deskundigen (dat wil zeggen psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers die benoemd zijn als deskundigen op dit terrein). Hier gaat de theorie van Scheff dubbel op voor de psychiater, omdat de psychiater een voorspellend oordeel moet geven.

Artikel 1 lid 4

De werkgroep betreurt het dat in de nota naar aanleiding van het eindverslag (11270 nr. 17) enige malen wordt gesteld dat de voorstellen van de Commissie Van Dijk niet in het

wetsontwerp BOPZ hun uitwerking zullen vinden. De aanbeveling van de Commissie omtrent het instellen van speciale gezondheidskamers bij elke arrondissementsrechtbank dient in het onderhavige ontwerp te worden opgenomen, onder meer als logisch sluitstuk van de in art. 40 voorgestelde klacht-procedure.

Art. 2 lid 2 b

Wel zijn we blij met het onder dit punt gestelde, namelijk dat het moet blijken dat "het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend". Wij hopen dat deze klausule in de praktijk voldoende hard kan worden gemaakt.

Art. 4 lid 1

De woorden "en dat het geval" vervangen door "en dat aan de twee voorwaarden gesteld in art. 2 lid 2, is voldaan". De werkgroep meent dat de voorgestelde wijziging, meer dan de oorspronkelijke tekst, het opstellen van gemotiveerde verklaringen zal bevorderen. Niet alleen de rechter, maar ook de adviserende psychiater dienen met redenen omkleed aan te geven waarom zij gedwongen opname noodzakelijk achten.

Art. 4 lid 3

Het is ongewenst dat de bedoelde verklaring kan worden afgegeven door de behandelend psychiater van de betrokkene. Zo dat al gewenst is, dient deze mogelijkheid hooguit te bestaan indien een spoedopneming nodig is, voor welke procedure in dit ontwerp een aparte regeling is opgenomen.

Voorts hebben wij nog een vraag met betrekking tot de rol van de officier van justitie, die volgens het ontwerp uit eigener beweging bij de rechter een vordering kan instellen tot het verlenen van een (voorlopige) machtiging.

Artikel 5 lid 2

Dit artikel lijkt de officier de taak op te dragen om,

indien hij van oordeel is dat een persoon gevaar oplevert op grond van een stoornis van de geestvermogens, welk gevaar niet langs andere weg kan worden afgewend, bij de rechter een vordering in te stellen tot het verlenen van een (voorlopige) machtiging tot opnemng van die persoon.

Vervolgens lijkt art. 60 van het ontwerp de officier op te dragen zo nodig zelf stappen te ondernemen teneinde te komen tot tenuitvoerlegging van de machtiging.

Echter, uit hetgeen gesteld wordt op verschillende plaatsen in de Nota naar aanleiding van het Eindverslag (11270 nr. 17) zou men kunnen afleiden dat de officier van justitie in feite noch tot het één, noch tot het ander verplicht is, en van geval tot geval naar eigen goeddunken en naar eigen criteria zou kunnen handelen. De passages waarop wij doelen zijn die op p. 17, onderaan, van genoemde Nota; op p. 28 onderaan en p. 29 bovenaan van die Nota; en op p. 49 onderaan - p. 50 bovenaan van de Nota. Overigens lijkt ons dat de bovengenoemde passages in de Nota strijdig zijn met een andere passage in de Nota, nl. de laatste volzin van de voorlaatste alinea op p. 41. Uit de tussen haakjes gestelde toevoeging "...en moeten..." zou men immers konkluderen dat er wél een verplichting bestaat tot het aanvragen van een machtiging en het doen opnemen, zulks in tegenstelling tot wat uit de andere bedoelde passages blijkt.

Het lijkt ons zowel wat betreft de rechtszekerheid van alle betrokkenen, als voornamelijk een juist zicht op de taak van de officier van Justitie, wenselijk dat deze (schijnbare?) tegenstrijdigheden tussen (en binnen) Nota en Ontwerp worden weggenomen.

Ook hebben wij nog een vraag met betrekking tot de 'last' van de burgemeester, ingevolge art. 25 van het ontwerp (de spoedopneming). Zijn de inrichtingen ook wat betreft deze opnemingen autonoom in hun opnamebeleid, en kunnen zij ook hier opneming weigeren?

Art. 6 lid 1

Onduidelijk in de huidige tekst is hoe de rechter zich op de hoogte stelt van de bereidheid van betrokkene om zich niet

te doen horen.

Voorstel tot wijziging: "..., tenzij de rechter na contact met de betrokkene vaststelt dat deze niet bereid is zich te doen horen. Voorgestelde wijziging ligt onzes inziens meer in de lijn van de Winterwerp-uitspraak van het Europese Hof van Justitie".

Art. 6 lid 4

Wij stellen ons voor de tekst van dit lid te veranderen. Naar ons idee dient de rechter zich altijd te doen laten voorlichten door de gene die het verzoek, bedoeld in art. 3, heeft ingediend (4 a.) en, zo mogelijk, ook door diegenen die in art. 6, lid 4 onder de punten b tot g staan opgesomd.

Art. 6 lid 5

Wij vinden dat lid 5 zodanig geformuleerd moet worden dat de betrokkene de expliciete bevoegdheid krijgt een contra-expertise te doen laten verrichten en van deze bevoegdheid op de hoogte wordt gesteld. Het belang van de mogelijkheid van de contra-expertise blijkt ook uit de uitspraak van de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens inzake Winterwerp/Staat der Nederlanden, overweging 98 (European Commission of Human Rights, Application Nr. 6301/73, Frits Winterwerp against Netherlands, Report of the Commission (15-12-1977)).

Art. 6 lid 7

Wij zijn van mening dat hoger beroep ook tegen de voorlopige machtiging mogelijk moet zijn. Als de toestand van de betrokkene dat noodzakelijk zou maken blijft er altijd de mogelijkheid van spoedopneming.

Een opneming heeft dermate diep ingrijpende gevolgen, ook voor de toekomst van de persoon (bijv. sollicitaties), dat ook in dit geval van vrijheidsbeneming een mogelijkheid van beroep gerechtvaardigd is.

De kwestie van hoger beroep heeft eigenlijk altijd in onze krankzinnigenwetgeving gespeeld. Het Besluit van 1814 kende de mogelijkheid van hoger beroep. De wet van 1841

elimineerde deze mogelijkheid, ondanks grote weerstand daartegen bij de Kamer. Eén kamerlid wees er daarbij op dat van de mogelijkheid van hoger beroep, onder de werking van het Besluit van 1814, slechts één keer gebruik was gemaakt (Hand. 1800-1841, blz. 219-220). Ook verwijzen wij naar de bijlage van de Cliëntenbond in de Welzijnszorg voor uw hoorzitting van 16 februari 1977, waarin werd verwezen naar een artikel van Mr Du Mosch, uit 1926 ("Te Gek om Vast te Zitten, blz. 36); de verplichte rechtsbijstand zal tot gevolg hebben dat het ten onrechte instellen van hoger beroep (wat dat overigens ook moge betekenen) relatief zelden zal voorkomen.

Art. 13

Voorstel: dit artikel te laten vervallen. Indien men zich vrijwillig in een inrichting laat opnemen, speelt - hoezeer ook in een aantal gevallen bij die vrijwilligheid vraagtekens kunnen worden gezet - toch het toestemmingsvereiste een rol. Juridisch stemt men in opname toe. Art. 13 doet die toestemming onmiddellijk na de opname teniet: vanaf dat moment immers kan het dreigen met de aanvraag van een voorlopige machtiging in elke fase van de behandeling een rol spelen, waardoor het zelfbeschikkingsrecht van de vrijwillig opgenomene tot een lege huls wordt. Konsequënt zou zijn dat, als gedwongen opname noodzakelijk wordt geacht, voor degenen die niet zijn opgenomen en voor degenen die vrijwillig zijn opgenomen, dezelfde regels gelden.

Art. 13 lid 1

Wij vinden dat de mogelijkheid die in dit lid verschaft wordt een voorlopige machtiging op te leggen ten aanzien van cliënten die op vrijwillige basis in de inrichting verblijven, moet worden afgeschaft. Ook al zijn vrijwillige cliënten in werkelijkheid niet zomaar uit vrije wil in een inrichting, toch betekent par. 2 van dit wetsvoorstel een aantasting van hun juridische status. Als je, juridisch gezien, vrijwillig de inrichting ingaat, moet je er, juridisch gezien, ook weer vrijwillig uit kunnen gaan.

In de praktijk werkt de mogelijkheid tot het verlenen van een voorlopige machtiging ten aanzien van een vrijwillig opgenomen cliënt uit, als een dwangmiddel in handen van de behandelaars, waarmee zij vrijwillig opgenomen patiënten hun 'vrije' keuze voor of tegen behandeling kunnen ontzeggen.

Omdat de betrokkene aanvankelijk vrijwillig in de inrichting wilde verblijven, lijkt het gevaar en/of het wegvallen van de bereidheid bij de betrokkene, dat nu het aanvragen van de machtiging noodzakelijk maakt, in de inrichting ontstaan te zijn. Overplaatsing lijkt dan meer op zijn plaats.

Art. 13 lid 2

Het criterium dat hier onder b genoemd wordt, lijkt ons uit formeel oogpunt niet hanteerbaar.

Het lijkt ons 'onbewijsbaar', dat het gevaar alléén in de betreffende inrichting zou kunnen worden afgewend. Dezelfde opmerking geldt met name voor het derde lid, met betrekking tot de formulering "het psychiatrisch ziekenhuis".

Overigens zullen vrijwillig opgenomen patiënten er op grond van dit artikel verstandig aan doen geen "blijk te geven" van hun verlangen het verblijf te beëindigen, maar gewoon hun biezen te pakken, desnoods onder achterlating van hun biezen (waarmee trouwens een vraagteken gezet wordt achter de zinvolheid van deze paragraaf van het ontwerp, ook in het systeem van dat ontwerp zelf).

Art. 14 lid 1

Het is in strijd met de informatieplicht t.o.v. de cliënt dat de cliënt niet ook meteen, in een voor hem zo vroeg mogelijk stadium, op de hoogte wordt gesteld van het oordeel van de geneesheer-direkteur dat ten aanzien van de cliënt die in de inrichting verblijft een maatregel wordt aangevraagd. Lid 1 en analoog hieraan de artikelen 18 lid 1 en 22 lid 1 dienen zodanig gewijzigd te worden dat de geneesheer-direkteur hiervan ook mededeling doet aan de cliënt. Verder is het van belang voor de privacy van de cliënt dat uitsluitend naaste bloedverwanten mededeling wordt

gedaan.

Art. 19 lid 3

Deze bepaling lijkt ons onjuist, tenzij "de bijzondere omstandigheden" zeer nauwkeurig omschreven worden.

Als de beschikking tot eerste machtiging van voortgezet verblijf wél bij voorraad uitvoerbaar is, waarom dan niet de beschikking waarbij deze machtiging niet verleend wordt. Van welke aard kunnen de bijzondere omstandigheden dan wel zijn als de voorwaarden, genoemd in artikel 2, niet aanwezig zijn?

Art. 23 lid 1

De tekst van dit artikel wekt de indruk dat de machtiging tot voortgezet verblijf niet voor een termijn korter dan een jaar kan worden afgegeven. Dit zou een achteruitgang zijn ten opzichte van de huidige praktijk, waarin meermalen de rechterlijke machtiging verlengd wordt voor een periode korter dan een jaar. Voorstel tot wijziging: "... voor de duur van maximaal één jaar na haar dagtekening."

Een zelfde wijziging met betrekking tot artikel 19 lid 1: "...duur van maximaal zes maanden na haar dagtekening."

In beide gevallen ligt hieraan de idee ten grondslag dat, nu gedwongen opname diep ingrijpt in het recht op zelfbeschikking van het individu, de rechter opname voor kortere tijd dan de maximale termijn moet kunnen bevelen, als de omstandigheden daartoe aanleiding geven.

Art. 26 lid 3

Om mogelijke willekeur bij een spoedopname te verminderen stellen wij, dat niet een telefonische of mondelinge toezegging van de arts voldoende is, maar dat deze zelf de cliënt gezien moet hebben en een schriftelijke verklaring moet hebben afgegeven alvorens de burgemeester een schriftelijke beschikking tot spoedopname kan uitschrijven.

Art. 27 lid 2

De stukken betreffende de spoedopneming worden gedurende

ten minste vijf jaren ter gemeentesekretarie bewaard. Waarom wordt niet, analoog aan artikel 54 lid 3, toegevoegd: "doch ten hoogste tot na verloop van vijf jaren na het einde van het verblijf van de betrokkene in de inrichting"? Het is toch niet de bedoeling dat eerstgenoemde stukken eendeloos bewaard worden en dan nog wel ter gemeentesekretarie, waar inzage door derden misschien nog gemakkelijker is dan in de psychiatrische inrichting.

Art. 29 lid 2

Zijn de rechtswaarborgen bij het instituut van spoedopneming toegenomen, de daarbij gehanteerde termijn nopen tot enige terughoudendheid, daar zij een wezenlijke achteruitgang betekenen ten opzichte van de gehanteerde termijnen van de Inbewaringstelling in de Krankzinnigenwet van 1884. In deze wet waren de termijnen van art. 35 el en art. 35 il waarborgen voor een snelle rechterlijke uitspraak die in de praktijk + 10 dagen op zich liet wachten. In dit wetsontwerp moet de patiënt ingevolge de termijnen van de artikelen 29 lid 2 en 31 lid 1, 2, 3 en 5, maximaal 4 weken wachten op een rechterlijke uitspraak. Het karakter van spoedopneming houdt in dat de rechterlijke beslissing zo snel mogelijk dient te worden genomen. Een termijn van 3 weken (art. 31 lid 5 jo., art. 15 lid 6) is te lang.

Ten onrechte is de verplichting in een vroeg stadium door een rechter te worden gehoord, niet in de procedure opgenomen, waar - ten opzichte van de huidige praktijk - een wezenlijke achteruitgang gekonstateerd moet worden. Vergelijk ook hierover het artikel van Mr P. Laurs, "De Psychiatrische Patiënt op weg naar het recht?", p. 4. Dezelfde bezwaren gelden m.b.t. de mogelijkheid voor de burgemeester om de patiënt gedurende de periode voor de toepassing van art. 15 tegen zijn wil in een psychiatrisch ziekenhuis te doen verblijven. Ook hier zijn de termijnen te lang.

Art. 31

Zie onze opmerkingen bij artikel 29 lid 2.

Artt. 32-33-34

De in deze artikelen behandelde problematiek is omstreden. Aan de orde is de vraag of iemand kan instemmen met het ontnemen van zeggenschap over zichzelf. De voorgestelde regeling gaat naar de mening van de werkgroep te ver. Wij wijzen dat van de hand.

Art. 36 lid 1

Toevoegen achter "... voor hem aan te leggen patiëntendossier": "welke steeds door hem kan worden ingezien". Elke opgenomen dient het recht te hebben voortdurend de gegevens welke er over hem worden neergelegd in te zien en het recht aanvullingen en correcties aan te brengen, eventueel niet maar niet via een vertrouwenspersoon. Met de Commissie Van Dijk vinden wij dat de in lid 1 genoemde huisregels in een voor alle inrichtingen geldend algemeen model dienen te worden neergelegd, goedgekeurd door de staatssecretaris.

Art. 37

De vorige kritiek van de werkgroep KZ ten aanzien van de regeling van dwangbehandeling en dwangmiddelen blijft onverkort van kracht. Opnemng in het ontwerp van een bepaling die dwangbehandeling mogelijk maakt, regelt slechts een reeds lang bestaande praktijk, zonder dat hieraan een fundamentele discussie over het mogen toepassen van dwang ten grondslag ligt. De regeling van art. 37 lid 5 is een regeling uit onmacht, zoals wordt bewezen in de nota naar aanleiding van het eindverslag (p. 69, laatste alinea):

Dwangbehandeling wordt wettelijk geregeld omdat het toch zal voorkomen en de voorgestelde regeling beter is dan niets. Naar de mening van de werkgroep een onaanvaardbare basis voor de wettelijke regeling van dwangbehandeling.

Over het behandelingsplan: de Werkgroep KZ wil liever van verblijfsplan spreken: de eerste tijd na opnemng kan van behandeling meestal nog geen sprake zijn. In die periode is het enig zinnige meestal het opstellen van een dagelijks leefregime. Pas op het moment dat de betrokkene blijk geeft van de nodige bereidheid, kan gezamenlijk een behandelplan opgesteld worden, dat steeds weer bijgesteld dient te worden. Als iemand niet de nodige bereidheid heeft om zich te laten opnemen, dan is hij/zij uit de aard der zaak ook niet noodzakelijk bereid zich te laten behandelen, dds om een behandelingsplan op te stellen.

Wij gaan er vanuit dat het opstellen van een behandelings- c.q. verblijfsplan een vorm van kontraktfunctie heeft tussen de partijen: behandelaar(s) en cliënt. Hierbij behoort onzes inziens onherroepelijk een plicht vanuit de inrichting tot het verschaffen van goede, volledige en gedifferentieerde informatie aan de cliënt. Om alleen te stellen dat de cliënt het recht heeft op informatie lijkt ons onvoldoende. Onze ervaring wijst uit dat in de regel lang niet iedere cliënt, maar vooral ook de 'verblijfs-cliënten', uit eigen beweging naar een brede informatie (durven) vragen. De arts/behandelaar moet verplicht worden zijn cliënt te informeren en moet verplicht zijn hem inzage te geven in de aantekeningen van en over de diagnostiek en (medische/medikamenteuze) behandeling. De cliënt heeft van zijn inzage-recht en recht op informatie natuurlijk wanneer hij dat nadrukkelijk wenst geen gebruik te maken, of kan kiezen voor een minder rechtstreekse invulling van de rechten door middel van het inschakelen van een vertrouwenspersoon.

Art. 37 lid 5

Het is ongewenst en onaanvaardbaar dat de wet naast het bestaan van art. 38 lid 1 (dwangmaatregelen) door middel van art. 37 lid 5 dwangbehandeling legitimeert. Art. 37 lid 5 dient dan ook in zijn geheel geschrapt te worden en art. 38 lid 1 dientengevolge aangepast.

Immers, hoewel er in de Tweede Nota van Wijzigingen op blz. 39 ontkend wordt dat er een duidelijk onderscheid tussen dwangmaatregelen en dwangbehandeling te maken valt, is dit wel degelijk mogelijk.

Dwangbehandeling kan betrekking hebben op langdurige en ingrijpende maatregelen, terwijl bij de toepassing van dwangmaatregelen het incidentele en tijdelijke karakter voorop staat. Dwangbehandeling is niet toegestaan om de volgende redenen.

Vanwege het zelfbeschikkingsrecht is de patiënt een rechts-subjekt. Zodoende is het behandelingsplan een (eenzijdig opzegbare!) overeenkomst, hetgeen een toestemmingsvereiste impliceert. Is deze toestemming afwezig, dan kan de patiënt niet gebonden zijn aan de overeenkomst. De rechtsgrond van de behandeling berust derhalve hetzij op de toestemming van de patiënt, hetzij op een rechterlijke uitspraak die de toestemming vervangt. Deze regeling ligt als volgt in ons wettelijk stelsel verankerd:

- a. in de grondrechten, die immers het zelfbeschikkingsrecht als uitgangspunt hebben en waarbij de integriteit van het menselijk lichaam wordt beschermd (bijvoorbeeld art. 5 van het Europees Verdrag);
- b. in de kontraktuele relatie tussen arts en patiënt (art. 1356 en 1357 B.W.);
- c. in het strafrecht, waar de arts bepaalde strafbare feiten niet pleegt (mishandeling, art. 300 Sr.) indien daartoe een rechtvaardigingsgrond bestaat zoals toestemming van de patiënt.

In de hele Nederlandse wetgeving zijn geen voorbeelden te vinden van regelingen waarbij een dwangbehandeling inder meer wordt toegestaan, ook in die situatie niet waarin gevaar voor zichzelf en anderen aant-onbaar is (vergelijk bijvoorbeeld inentingsperikelen in verband met polio). In dit wetsvoorstel dreigt dit echter wel te gebeuren. Dit wijzen wij met alle klem af.

Voorts dient ter overweging genomen te worden dat het therapeutisch effect van dwangbehandeling gering is (zoals ook de Kommissie Van Dijk in haar interimrapport stelt: "bedacht moet worden dat vele psychiatrische behandelingen zonder het gemotiveerd m-ewerken van de patiënt niet mogelijk zijn en dat het effect van medikamenteuze behandeling minder of zelfs nihil kan zijn wanneer de patiënt zich daartegen innerlijk verzet"), en zodoende niet voldoet aan het doelmatigheidskriterium (zie hieronder). Ook het ondermijnen van de vertrouwensrelatie tussen patiënt en behandelaar speelt een belangrijke rol.

Dwangmaatregelen, ter overbrugging van tijdelijke nood-situaties (art. 38 lid 1) zijn voldoende. Deze moeten worden getoetst aan drie criteria:

- doelmatigheid
- subsidiariteit
- proportionaliteit.

Een erg belangrijk criterium is verder dat wat door de patiënt zelf als het minst restriktief ervaren wordt. In dit verband zouden wij het begrip 'dwangmiddelen' zoals de Krankzinnigenwet dat kent (art. 4 lid 6) willen behouden. Dat begrip betekent in die wet nl. alleen mechanische dwangmiddelen (in 1884 zou dit een pleonasme geweest zijn), en verblijf in een isoleercel. Mechanische dwangmiddelen zijn middelen om mensen van buitenaf (door vastbinden enz.) in hun bewegingsvrijheid te beperken, maar zij omvatten geen ingrepen waarbij de integriteit van het lichaam in het geding is. Wij zijn van mening dat in absolute noodsituaties eerst gedacht moet worden aan toepassing van deze dwangmiddelen, en dat dwangmaatregelen waarbij ook de fysieke integriteit van de persoon aangetast wordt, pas gebruikt mogen worden als de betrokkene blijk geeft aan die interventies de voorkeur te geven.

Men kan overigens niet stellen, dat de Krankzinnigenwet het begrip 'dwangmiddelen' slechts gebruikt omdat een dwangbehandeling toen niet voorkwam. De dwangbehandeling - legaal of niet - kwam toen net zo goed voor als thans, zij het met andere middelen (zo werd zeer lang veel gebruik gemaakt

van morphine-injecties). En alhoewel het onderscheid tussen dwangbehandeling en dwangmiddel goed te maken is (zie boven) zal nu in de praktijk de toegapaste maatregel worden gebracht onder dat artikel wat door de jurisprudentie het minst wordt begrensd (vgl. het artikel van H. Blaisse, De Hoge Raad en Dwangmedikatie in Rechtshulp van december 1981). Is isolatie een dwangbehandeling of een maatregel van kortdurende aard? Hierover kan veel onduidelijkheid ontstaan. De voorkeur verdient de samenvoeging van de artt. 37 lid 5 en 38 lid 1. Hierdoor kan een artikel ontstaan dat dwang mogelijk maakt in uitzonderlijke situaties aan de hand van streng omschreven criteria.

Art. 38 lid 2

Gelet op de ernst van de maatregelen die op grond van art. 38 lid 1 mogelijk worden, zouden wij graag zien dat deze bij Wet worden geregeld en niet bij Algemene Maatregel van Bestuur.

Art. 39

Aangezien het niet zeker is in hoeverre grondrechten enz. "horizontaal bindend" zijn, dus in hoeverre er bijvoorbeeld een "recht op vrije briefwisseling" is (buiten de Posterijen), is het beter om de woorden "in de uitoefening van het recht op vrije briefwisseling" te vervangen door de woorden "in zijn briefwisseling". Om die zelfde reden dient, in plaats van "recht op bezoek", een formulering als:

"bezoek kan niet worden geweigerd" enz. te worden gebruikt. Wij missen in dit artikel het recht van de cliënt op vrij telefoonverkeer en het recht om bij die personen en/of instellingen op bezoek te gaan (kontakten te onderhouden) die hij zelf wenst.

Wij merken op dat de nadelige gevolgen van verbod van bezoek en beperkingen in de bewegingsvrijheid in (slechts) en rond het ziekenhuis (gesloten afdeling) vaak veel ernstiger voor de "gezondheidstoestand" van de patiënt zijn dan de redenen waarom de beperkingen worden opgelegd.

Art. 39 lid 2

In art. 39 lid 4 staat dat beperkingen in de bewegingsvrijheid kunnen worden opgelegd "indien dit er handhaving van de orde in het ziekenhuis of ter voorkoming van strafbare feiten noodzakelijk is" (= sub b). "Handhaving van de orde in het ziekenhuis" is echter geen voldoende rechtsgrond voor inbreuken op rechten van individuele patiënten. Zolang bovendien huisregels niet aan een vorm van overheidscontrole onderworpen zijn (zie de suggestie van de Commissie Van Dijk), is het niet duidelijk of hantering ervan geen problemen oproept in verband met het verdrag van Rome. Natuurlijk zal het verblijf in een groot instituut beperkingen met zich mee brengen, maar voor zover die voor de goede orde noodzakelijk zijn moeten die in een reglement geregeld zijn en mogen ze niet verder gaan dan bij andere instellingen van vergelijkbare grootte gebruikelijk is en algemeen geacht wordt. Ze gelden dan voor iedereen: individuele patiënten kunnen niet uit dien hoofde aan bijzondere beperkingen worden onderworpen. De grond "ter voorkoming van strafbare feiten" belast de behandelaars ten onrechte met een justitiële taak. Het is beter om deze grond te vervangen door de grond: "ter bescherming van rechten en vrijheden van anderen". Deze grond zou zó geïnterpreteerd moeten worden dat beperking van de rechten van de patiënt (bijvoorbeeld bewegingsvrijheid en ontvangen van bezoek) slechts gerechtvaardigd is in de noodsituatie dat de fysieke veiligheid van anderen plotseling ernstig gevaar loopt.

Art. 39 lid 3

De beperkingen op het recht op bezoek zijn te ruim omschreven. Bedacht moet worden dat de levenssfeer van veel cliënten van de geestelijke gezondheidszorg beperkt is tot de inrichting waarin zij verblijven. Doorlopend bezoek moet daarom mogelijk zijn, eventueel met uitzondering van de voor eten, nachtrust en therapie bestemde uren. Cliënten moeten frkwent in aanraking kunnen komen met mensen van buiten de inrichting. Ook speelt hier wederom de grondrechten problematiek.

Art. 40

De in dit artikel voorgestelde klachtprocedure behoeft door de cliënt niet per sé te worden gevolgd. Het is ook maar zeer de vraag of dit veelvuldig zal gebeuren. Het bestuur is immers als klachtinstantie niet goed herkenbaar. Het bestuur is onlosmakelijk met de inrichting verbonden en zal uit dien hoofde niet goed in staat zijn een onpartijdig oordeel over een klacht te geven. Opneming van dit artikel in het ontwerp lijkt niet het belang van de opgenomen als basis te hebben, maar eerder de wens om 'de vuile was' binnenshuis te houden. Elders is reeds opgemerkt dat de voorgestelde procedure veel valkuilen bevat (Hans Pos in Rechtshulp van februari 1982), zodat valt te verwachten dat een kort geding betere mogelijkheden biedt. Dit laatste is vooral van belang omdat veel klachten (dwangmedikatie, isolatie, andere beperkingen) om een snelle bindende uitspraak vragen, welke het bestuur niet en de rechter wel kan geven.

Nu een belangrijk initiatief om klachtbemiddeling en -behandeling aan onafhankelijke instanties over te laten is uitgewerkt (de patiëntenvertrouwenspersoon), verdient het aanbeveling om te komen tot een regeling waarbij klachten zo snel mogelijk kunnen worden voorgelegd aan van de inrichting onafhankelijke instanties die op korte termijn over de klacht bindende uitspraken kunnen doen. Ook hier valt weer te denken aan de door de Commissie Van Dijk voorgestelde speciale kamer bij elke arrondissementsrechtbank.

Art. 41

Overplaatsing is tegenwoordig vaak helaas bijzonder moeilijk door de "jalousie de métier"; overwegingen betreffende (vermeende) kollegialiteit staan realisering van overplaatsing in de weg. Het verlangen van de opgenomen naar overplaatsing dient naar redelijkheid gehonoreerd te worden.

Art. 43 lid 1

Wij zijn van mening dat indien het gevaar zover is verminderd dat in overweging kan worden genomen de cliënt tijdelijk in de maatschappij te doen laten terugkeren, de rechterlijke machtiging moet worden ingetrokken; de cliënt voldoet dan immers niet meer aan de in artikel 2 genoemde criteria.

Art. 43 lid 2

Wij vinden de frekwentie iemand in een kalenderjaar met verlof te kunnen laten gaan, te gering. Ook vinden wij de maximale duur van het verlof aan de krappe kant. Wij zouden graag willen zien dat er een mogelijkheid is verlof te vragen, al dan niet als onderdeel van het gezamenlijk overeen te komen behandelingsplan. De term 'verlof' impliceert onzes inziens dat de cliënt niet tegen zijn wil op verlof 'gestuurd' kan worden.

Art. 43 lid 3

Bij dit lid hebben wij een simpele vraag: wat is "staatkundige vrijheid" van een persoon? Wij hebben wel meege maakt dat een inrichting slechts bereid was iemand ontslag te verlenen op voorwaarde dat de betrokkene zijn woning opgaf en zich in een verpleegpension liet opnemen. Door deze voorwaarde werd de betrokkene voor een ernstig dilemma geplaatst.

Art. 45

De in dit artikel uitgewerkte mogelijkheid van voorwaardelijk ontslag doet wat merkwaardig aan: is men dan voorwaarderlijk gevaarlijk? Hier geldt nog meer dan bij art. 43 dat wanneer de cliënt geacht kan worden (tijdelijk) in de maatschappij terug te keren, hieraan geen voorwaarden verbonden mogen worden. De Machtiging moet dan worden ingetrokken en niet beschikbaar blijven als 'stok achter de deur'.

Art. 46 lid 1

Men mag uit de formulering van dit lid van het artikel afleiden dat de patiënt beschermd wordt tegen een door hem niet gewenst ontslag? Zo ja, dan missen wij mede daarom in art. 46 een strafbepaling overeenkomstig art. 37 lid 4 van de Krankzinnigenwet tegen onterecht (straf)ontslag.

Bij ontslag verleend o.g.v. art. 46 valt op dat er geen regeling is getroffen ten aanzien van de kennisgeving van het ontslag aan de betrokkenen. Ook hier is een goede regeling gewenst. Alle personen en instanties aan wie de rechterlijke uitspraak die de grond vormde voor het gedwongen verblijf is medegedeeld, moeten nu ook van het ontslag op de hoogte worden gesteld.

De aanbeveling van de Kommissie Van Dijk dat wanneer een Rechterlijke Machtiging eenmaal is verleend, er naar gestreefd moet worden het verblijf zo spoedig mogelijk op basis van vrijwilligheid voort te zetten en de formulering in de Nadere Memorie van Antwoord waarin uitgegaan wordt van de Rechterlijke Machtiging als laatste redmiddel, moeten tot gevolg hebben dat steeds moet worden gestreefd naar de omzetting van gedwongen tot vrijwillig verblijf. Een dergelijke klausule (met daaraan vastgekoppeld een regeling met betrekking tot kennisgeving) zou dan ook in art. 46 opgenomen dienen te worden.

Art. 47 lid 1

De in dit lid genoemde termijn met betrekking tot het ontslagverzoek is voor de werkgroep onaanvaardbaar. Steeds moet degene die gedwongen opgenomen is in de gelegenheid zijn een ontslagverzoek aan de geneesheer-direkteur te richten. In zijn huidige vorm is het lid wellicht strijdig met art. 5 van het Europees Verdrag, waarin de bepaling is opgenomen dat men, na gedwongen opsluiting, steeds de rechter om aandacht moet kunnen vragen (art. 5 lid 4 EV).

De vrees van de wetgever voor een ongewenste samenloop van rechterlijke procedures (nr. 17 p. 77/78) is onterecht, nu de rechter twee naast elkaar aanhangige zaken (ontslag-

verzoek en vordering tot verlenging machtiging) tegelijkertijd kan behandelen. De redenering dat de verlengingsvordering alleen zal kunnen worden ingesteld als de patiënt niet vrijwillig wil blijven, dus ontslag wenst (?), (nr. 17 p. 78), is onzinnig en kan in geen geval als argumentatie dienen om cliënten enige tijd het recht te onthouden om een ontslagverzoek in te dienen.

Art. 47 lid 7

In het licht van de bij lid 1 aangevoerde argumenten dient ook dit lid te verdwijnen.

Opmerking verdient nog dat de praktijk leert dat de rechtbank een verlengingsvordering met andere ogen bekijkt, als blijkt dat de cliënt zelf op ontslag heeft aangedrongen.

Art. 54 lid 3

Zie onze aantekening bij art. 27 lid 2.

Art. 54 lid 4

Het inzagerecht van de patiënt moet in de wet worden vastgelegd. Het inzagerecht impliceert dat de behandelaars de plicht hebben de patiënt te informeren over de inhoud van het dossier. Het biedt onvoldoende waarborgen wanneer dit krachtens een Algemene Maatregel van Bestuur moet worden geregeld. Fundamentele rechten zoals het inzagerecht en het recht om correcties aan te brengen, alsmede het recht dat derden uitsluitend met toestemming van de patiënt het dossier kunnen inzien, moeten in de wet verankerd worden; terwijl meer praktische zaken zoals de tijden en de wijze waarop de dossiers voor de uitoefening van het inzagerecht toegankelijk zijn, de procedure om tot correcties te komen en regels betreffende het gebruik en het bewaren van dossiers e.d. wel bij een Algemene Maatregel van Bestuur kunnen worden geregeld.

De patiënt moet een rechtstreeks inzage-, correctie-, anonimiserings- en vernietigingsrecht hebben. Een ver-

trouwenspersoon mag alleen als intermediair optreden indien de betrokkene zelf daarom vraagt en zelf een tussenpersoon kan aanwijzen (zie ook onze opmerkingen bij art. 36 lid 1).

Art. 56

Wij willen bij dit artikel het volgende aantekenen. De Krankzinnigenwet van 1841 had mede ten doel verwaarloosde krankzinnigen een menswaardiger bestaan te bezorgen (zie ook art. 13 van de huidige Krankzinnigenwet). Nu achten wij het niet waarschijnlijk dat er in onze tijd nog 'krankzinnigen' door hun familieleden opgesloten zullen worden gehouden in vakkenkotten, kolenhokken of zoldervertrekken - zie de Inspektieverslagen vanaf 1842 - maar toch is het niet helemaal ondenkbaar dat een hierop lijkende situatie zich ooit nog eens zal blijken voor te doen. Als nu niet aantoonbaar is dat de betrokkene 'gevaar' oplevert, zal volgens de criteria van het huidige ontwerp geen machtiging tot opnemng kunnen worden aangevraagd. Hier lijkt ons een potentieel probleem te liggen.

Art. 56 lid 4

Zie onze aantekeningen bij art. 27 lid 2.

Art. 60 lid 1

Zie onze aantekening bij artt. 5 en 33; de verzoeker zelf moet de machtiging al dan niet ten uitvoer leggen.

Art. 61

Welke waarborgen denkt de staatssecretaris te geven dat de officier van justitie, aan wie een zeer zware taak en een belangrijke rol is opgedragen in de procedures en in de naleving daarvan, door de controlerende taak van art. 61, deze taak op een goede wijze kan vervullen?

Art. 64

Zie onze aantekening bij art. 46 lid 1; onterecht (straf-) ontslag moet ook ongedaan kunnen worden gemaakt.

De Werkgroep Krankzinnigenwet (Werkgroep KZ) bestaat uit een groot aantal organisaties:

- de Cliëntenbond in de Welzijnszorg
- Stichting Landelijke Bewoners-/Patiëntenraden in de G.G.Z.
- Stichting Pandora
- Gekkenbelangengroep
- diverse patiëntenraden
- diverse alternatieve hulpverleningsorganisaties, zoals JAC's en Release's
- diverse Informatie- en Klachtenbureaus Psychiatrie
- Werkgroep Recht, St Bavo
- diverse Wetswinkels

Aan de totstandkoming van dit commentaar hebben meegewerkt:

- Piet van Diepen (Werkgroep Recht, St. Bavo)
- Frits Koetser (Cliëntenbond)
- Johan Legemaate (Klachten- en Adviesgroep Psychiatrie)
- Anneke van Montfoort (Gekkenbelangengroep)
- John Preedy (Cliëntenbond)
- Hans van der Wilk (Pandora/Cliëntenbond)