



333

Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak

De Minister van Justitie
Mr. E.M.H. Hirsch Ballin
Postbus 20301
2500 EH Den Haag

Datum : 4 september 2007
Uw kenmerk : 5488239/07/6
Ons kenmerk : B.2.1.7/1440/BM
Onderwerp : Reactie NVvR op eindrapport van de Commissie Derde Evaluatie Wet Bopz

Geachte heer Hirsch Ballin,

Bij brief van 8 juni 2007 (nr. 5488239/07/6) verzocht u de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak (hierna: NVvR) een reactie te geven op het eindrapport van de Commissie Derde Evaluatie van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). U verzocht ons in het bijzonder in te gaan op de conclusies in hoofdstuk 3, de aanbevelingen in paragraaf 3.18 en de contouren van het nieuwe wettelijke stelsel in hoofdstuk 4.

De NVvR maakt gaarne gebruik van de geboden gelegenheid. Vooraf wenst de NVvR op te merken dat zij de analyse, die de Evaluatiecommissie heeft gemaakt van problemen die zich in de praktijk voordoen bij de toepassing van de Wet Bopz, op hoofdlijnen kan onderschrijven. Dit behoeft geen verwondering te wekken: ook rechters maakten deel uit van de Evaluatiecommissie, zodat de commissie met hun ervaringen rekening heeft kunnen houden.

De rapportage van de Evaluatiecommissie is omvangrijk. In deze reactie, waarvoor een beperkte termijn beschikbaar was, zal de NVvR zich concentreren op die hoofdpunten uit het eindrapport welke in het bijzonder de rechterlijke macht aangaan. De NVvR is bereid bij een latere gelegenheid, desverzocht, ook advies uit te brengen over andere onderdelen van het eindrapport en over de onderliggende deelrapportages.

Hoofdstuk 3: bevindingen over het functioneren van de Wet Bopz en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen (par. 3.18)

Algemeen

Aanbeveling 1 (corresponderend met par. 3.3 van het eindrapport) houdt in dat de bestaande koppeling in de wet tussen opname in een psychiatrisch ziekenhuis en (dwang)behandeling in een nieuwe regeling moet worden losgelaten. Een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis zou niet langer als vertrekpunt moeten worden beschouwd, maar als één van de modaliteiten binnen het kader van gedwongen zorg, behandeling of beveiliging.

De NVvR is zich bewust van de in het desbetreffende maatschappelijke veld gevoerde discussie over de vraag of een "opnamewet" dan wel een "behandelwet" de voorkeur



verdient. Ontwikkelingen binnen de psychiatrie hebben ertoe geleid dat (langdurige) opnamen minder vaak plaatsvinden en dat ambulante behandelingen zijn uitgebreid. De koppeling is niet langer vanzelfsprekend.

Voor zover deze discussie de rechterlijke macht aangaat, heeft de NVvR geen voorkeur voor de ene of de andere variant. Een machtiging tot gedwongen ambulante behandeling – die meer zal aansluit bij een ketenzorg-benadering – zal uiteindelijk moeten kunnen uitmonden in een opname in een psychiatrisch ziekenhuis, wanneer blijkt dat de ambulante zorg het gevaar onvoldoende wegneemt. Centraal zal moeten blijven staan dat gedwongen zorg – of deze nu plaats vindt in de vorm van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of in een andere vorm – slechts kan worden verleend op basis van een rechterlijke machtiging. De rechter zal daarbij steeds moeten beslissen of sprake is van een stoornis van de geestvermogens in de zin van de wet die de betrokkene gevaar doet veroorzaken, en of dit gevaar de voorgestelde maatregel rechtvaardigt. Dat is, terecht, ook het uitgangspunt van de Evaluatiecommissie. Kwantitatief zullen de gevolgen voor de rechterlijke macht beperkt zijn indien machtigingen voor gedwongen ambulante zorg in de plaats komen van machtigingen voor gedwongen opname. Zou het voorgestelde nieuwe stelsel ertoe leiden dat in veel meer gevallen een rechterlijke machtiging wordt verzocht, dan komt dat anders te liggen. De NVvR adviseert dit laatste nader te onderzoeken; mede gelet op de wijze van totstandkoming van de huidige Wet Bopz, waarbij de werkbelasting van de rechter een belangrijke rol speelde.

Aanbeveling 2 (par. 3.15) houdt in dat de maatstaf van de wils(on)bekwaamheid een wezenlijk grotere rol dient te krijgen in de Wet Bopz of een nieuwe wettelijke regeling. Deze aanbeveling ziet op de vraag of een bepaalde geneeskundige behandeling van de patiënt kan plaatsvinden zonder dat de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven. Beantwoording van die vraag heeft vele juridische (ook internationaal-juridische) en medisch-ethische aspecten; binnen het bestek van dit advies kunnen deze niet alle worden besproken.

De Evaluatiecommissie (eindrapport blz. 95) neemt tot uitgangspunt dat wilsbekwame weigering van een behandeling gerespecteerd dient te worden en dat meer waarde dient te worden gehecht aan wilsbekwaam verzet dan aan wilsonbekwaam verzet. Aannemend dat de Evaluatiecommissie hiermee niet bedoelt dat aan wilsonbekwaam verzet geen enkele betekenis toekomt, geeft dit onderscheid op zich geen reden tot commentaar; dat uitgangspunt ligt ook ten grondslag aan de huidige regeling in de WGBO. Het risico van het zozeer benadrukken van wilsonbekwaamheid als criterium is, dat het gevaarscriterium in belang afneemt waardoor vaker gedwongen behandelingen kunnen plaatsvinden van wilsonbekwame patiënten. De Evaluatiecommissie vervolgt dat tot dwangmaatregelen kan worden besloten indien wilsbekwaam verzet leidt tot gevaar voor derden, waarbij doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit het uitgangspunt zijn. Dit zou een uitbreiding vormen ten opzichte van de mogelijkheden die de WGBO thans biedt. Ten opzichte van de mogelijkheden die art. 38 Wet Bopz thans biedt jegens gedwongen opgenomen patiënten, is het verschil voornamelijk hierin gelegen dat het voorstel van de Evaluatiecommissie ook ziet op niet-opgenomen patiënten.

Vanuit haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de rechtspleging heeft de NVvR geen behoefte aan een wezenlijk grotere rol van het begrip wils(on)bekwaamheid dan nu uit de wet voortvloeit. Die behoefte zou eerder moeten worden gezocht in de psychiatrie¹. Wat betreft de praktische hanteerbaarheid, noteert de NVvR het (door de Evaluatiecommissie reeds onderkende) praktijkprobleem dat psychiatrische patiënten niet

¹ In de deelrapportages (i.h.b. deel 3) ziet de NVvR overigens weinig concrete aanwijzingen dat de GGZ-praktijk behoefte heeft aan een wezenlijk grotere betekenis van het wils(on)bekwaamheids criterium als het gaat om dwangbehandeling en dwangtoepassing. Dat het EVRM zou nopen tot wetswijziging op dit punt is volgens de onderzoekers niet helder, zie deel 7.



voortdurend wilsonbekwaam of juist wilsbekwaam zijn: de mate van wilsbekwaamheid kan per patiënt variëren in de tijd. Dit kan het lastig maken om achteraf vast te stellen of een patiënt op een bepaald tijdstip wilsbekwaam is geweest. Indien het ambulante traject in een toekomstige wet een grotere rol gaat spelen, zal de vraag van wils(on)bekwaamheid vaker aan de orde komen en daardoor meer gewicht krijgen dan nu het geval is.

Aanbeveling 3 (par.3.7) stelt handhaving voor van het wettelijke gevaarscriterium. Met de Evaluatiecommissie is de NVvR van mening dat het huidige wettelijke gevaarscriterium volstaat.

Aanbeveling 4 (par.3.9) betreft de notoire probleemcategorie van patiënten die geen bereidheid tot verblijf of behandeling tonen, maar ook geen bezwaar daartegen maken. De NVvR onthoudt zich op dit moment van commentaar; dit houdt verband met de omstandigheid dat wetsvoorstel 30492 bij de Staten-Generaal in behandeling is, dat mede op deze categorie betrekking heeft.

Aanbeveling 5 (par. 3.4) bepleit een herschikking van taken en een reductie van het aantal actoren in de Bopz (burgemeester, geneesheer-directeur, OvJ en IGZ). De NVvR herkent de problemen, die in de analyse van de Evaluatiecommissie naar voren zijn gekomen. Door wijziging van functie-inhoud (dit geldt met name de geneesheer-directeur) en door andere taken die de aandacht vragen (dit geldt met name de burgemeester en de OvJ) worden Bopz-taken op een andere wijze vervuld dan de wetgever bij de totstandkoming van de Wet Bopz voor ogen heeft gestaan. Dit kan gevolgen hebben voor de processuele positie van anderen (met name de patiënt, de familie en de behandelend arts): zij komen voor de rechter soms tegenover elkaar te staan, hetgeen de relatie arts-patiënt niet ten goede komt. In die situatie moet de rechter ervoor waken dat hij niet uit zijn onpartijdige rol valt, door zich taken aan te trekken die eigenlijk bij andere actoren thuis horen.

Bij spoedopnamen (inbewaringstelling) is op dit moment een centrale rol toegekend aan de burgemeester. Dit heeft tot gevolg dat de inbewaringstelling vooral wordt beschouwd als een ordemaatregel, terwijl de rechtsbescherming van de patiënt minder aandacht krijgt. De Evaluatiecommissie pleit daarom voor een taak voor de rechter-commissaris in strafzaken in dit opzicht (p.124). Overigens is de Evaluatiecommissie niet geheel consequent, waar zij elders in haar rapport ook de officier van justitie als alternatief voor de burgemeester noemt (p.46). Ter voorkoming van mogelijk misverstand: het gaat hier om degene die de eerste beslissing neemt. Dit laat onverlet dat de persoon aan wie de vrijheid ontnomen is, op grond van art. 5 lid 4 EVRM toegang tot een rechterlijke instantie behoort te krijgen die over de rechtmatigheid van de vrijheidsbeneming oordeelt.

De NVvR pleit voor een rol voor de officier van justitie in plaats van de burgemeester. Voor zover het gaat om de (eerste) beslissing tot inbewaringstelling, dus een beslissing op crisismomenten, lijkt het wat zwaar aangezet en minder praktisch om de rechter-commissaris in strafzaken hiervoor in te zetten. De officier van justitie kan een eerste juridische toets uitvoeren. Daarna kan in een iets rustiger setting een beslissing door de rechter worden genomen om al dan niet een rechterlijke machtiging af te geven. Omdat de officier van justitie, naast de politie en de burgemeester, een rol speelt in het zogenaamde driehoeksoverleg lijkt de officier van justitie voor de burgemeester bovendien eenvoudiger te benaderen dan de rechter-commissaris. Wanneer de toetsing door de officier van justitie een zo inhoudelijk karakter krijgt, moeten de parketten op dit terrein wel worden versterkt.

Aanbeveling 6 (par.3.11) ziet op de huisregels in psychiatrische inrichtingen. De NVvR onthoudt zich van commentaar op deze aanbeveling.



Aanbeveling 7 (par. 3.10) signaleert een lacune in de huidige wet: het ontbreken van een wettelijke basis voor onvrijwillig vervoer van psychiatrische patiënten in crisissituaties naar (bijv.) het politiebureau) en het verblijf aldaar in afwachting van de afgifte van de inbewaringstelling. De NVvR adviseert u, deze aanbeveling van de Evaluatiecommissie bij voorrang in behandeling te nemen.

Hetzelfde probleem kan zich overigens voordoen bij het ontbreken van een wettelijke regeling voor vrijheidsbeneming in de WGBO in noodsituaties. Zou het zo zijn dat gedwongen somatische behandeling bij wilsonbekwaam verzet in het kader van de WGBO (art. 7:465 en 7:466 lid 1 BW) legitimeert tot vrijheidsbeneming, hetgeen een discussiepunt op zich is, dan is in de huidige wet niet voorzien in gedwongen verblijf voorafgaand aan en na die behandeling.

De aanbevelingen 8 – 10 hebben betrekking op de geneesheer-directeur. De positie van de geneesheer-directeur kwam in het kader van aanbeveling 5 al ter sprake. Voor het overige geven deze aanbevelingen de NVvR geen reden tot het maken van opmerkingen.

De positie van de rechter

In aanbeveling 11 (par. 3.4.5.) geeft de Evaluatiecommissie aan, dat zij het niet wenselijk vindt om rechter-plaatsvervangers in te schakelen voor de behandeling van Bopz-zaken. Deze aanbeveling wordt in haar algemeenheid niet door de NVvR onderschreven. Het lijkt alsof de Evaluatiecommissie veronderstelt dat rechters-plaatsvervangers hun kennis minder op peil houden dan rechters. Dat lijkt de NVvR wat te eenzijdig. De NVvR deelt wel het oordeel van de Evaluatiecommissie dat hoge eisen mogen worden gesteld aan de kennis en ervaring van rechters die worden belast met uitspraken in Bopz-zaken. Zij meent echter dat interne werkwijzen kunnen worden overgelaten aan de rechtbanken. Er zijn rechtbanken waar in Bopz-zaken gespecialiseerde rechter-plaatsvervangers zich enkele dagen per week met deze materie bezighouden, zoals er ook vaste rechters zijn die zelden Bopz-zaken doen. De NVvR meent dat rechter-plaatsvervangers wel degelijk ingezet moeten kunnen worden op Bopz-zaken.

Aanbeveling 12 betreft het op peil houden van kennis bij Bopz-rechters (par.3.4.5). De NVvR is het uiteraard eens met de aanbeveling dat het op peil houden van kennis bij de Bopz-rechters voortdurende aandacht vraagt. Deze aanbeveling kan aangegrepen worden om - naast de door de SSR aangeboden tweedaagse cursus, de collegiale overleggen op rechtbank/parketniveau en de vakliteratuur (i.h.b. Bopz-jurisprudentie) - een landelijk Bopz-overleg te gaan organiseren. Naast het op peil houden van kennis kan dit ook bijdragen aan eenvormige rechtstoepassing door de rechtbanken.

De complexiteit van de Wet Bopz

Aanbeveling 13 (par. 3.6) kan door de NVvR worden onderschreven. Over aanbeveling 14 merkt de NVvR op dat de complexiteit van de Wet Bopz inderdaad gereduceerd zou kunnen worden door het aanbrengen van wetstechnische verbeteringen. Het verplaatsen van gedetailleerde regels naar een lager regelgevend niveau brengt wel het risico mee van een verplaatsing van het probleem: wat wordt gewonnen door een kortere wettekst gaat verloren door de complexiteit die eigen is aan gelaagde regelgeving.

Aanbeveling 15 (par. 3.6) ziet op de verhouding tussen de Algemene wet bestuursrecht en de Wet Bopz, die voornamelijk wordt bepaald door de regel dat de normen van de Awb moeten worden nageleefd door Bopz-functionarissen die tevens bestuursorgaan zijn; de rechtsgang van de Awb (bezwaar en beroep op de bestuursrechter) is uitgesloten. De Evaluatiecommissie heeft voorgesteld de Awb geheel buiten toepassing te verklaren, waartegenover staat dat de daarvoor in aanmerking komende normen van de Awb in de nieuwe wettelijke regeling ter vervanging van de Wet Bopz wordt opgenomen. Zij acht de voordelen hiervan groter dan een intensieve scholing en voorlichting van het Bopz-veld over de regels in de Awb. Binnen het bestek van dit advies kunnen niet alle aspecten van



dit vraagstuk worden besproken. De NVvR is per saldo met de Evaluatiecommissie voorstander van inclusie van Awb-normen in de Wet Bopz.

De geneeskundige verklaring

Aanbeveling 16 (par. 3.8), die handelt over het toetsbaar maken van de weigering van een onafhankelijke psychiater om een geneeskundige verklaring af te geven, kan door de NVvR worden onderschreven. De NVvR wijst erop dat de uitwerking van deze aanbeveling in het evaluatierapport enigszins abstract blijft. Indien de weigering van een onafhankelijke psychiater om een geneeskundige verklaring af te geven toetsbaar wordt gemaakt, zal toch ook een regeling moeten worden getroffen voor de aanwijzing van een psychiater aan wie gevraagd kan worden een onderzoek in te stellen. Daarbij zal moeten worden vastgesteld onder welke voorwaarden het onderzoek mag worden gevraagd. Dat onderzoek dient dan uit te monden in het al dan niet afgeven van een geneeskundige verklaring die kan leiden tot een rechterlijke machtiging. De NVvR kan zich voorstellen dat daar, waar een psychiater nu zonder enige motivering kan weigeren om een geneeskundige verklaring af te geven, die motivering in de toekomst wel wordt vereist. Naast de weigering een geneeskundige verklaring af te geven na onderzoek van de betrokkene, is overigens ook denkbaar dat helemaal geen onderzoek plaatsvindt na een verzoek daartoe van familie of anderen uit de omgeving van de patiënt, omdat bij voorbaat een verzoek tot verlening van een rechterlijke machtiging kansloos wordt geacht. Daarbij moet worden bedacht dat een verzoek van de familie vrijwel steeds gericht zal zijn tot de behandelaar, terwijl dat nu juist degene is die die verklaring bij voorkeur niet moet afgeven. De NVvR merkt nog op dat het altijd mogelijk is voor familie of anderen uit de omgeving van de patiënt om contact op te nemen met de officier van justitie indien sprake is van een dergelijke situatie of wanneer sprake is van de weigering van een onafhankelijke psychiater om een geneeskundige verklaring af te geven.

Aanbeveling 17 (par 3.8), over de wenselijkheid van het ontwikkelen van één model voor een geneeskundige verklaring, kan door de NVvR worden onderschreven. Thans worden regelmatig machtigingen afgewezen of treedt vertraging op in de procedure (art. 8a) door formele gebreken die te herleiden zijn tot de veelheid van formulieren. Met het terugbrengen van het formulier voor een geneeskundige verklaring tot één model kan dit worden voorkomen. Hiermee hoeft niet te worden gewacht op de komst van een nieuwe Wet Bopz. De NVvR stelt voor, deze aanbeveling bij voorrang in behandeling te nemen.

Tot slot kan de NVvR zich ook vinden in aanbeveling 18, die inhoudt dat, naast het oordeel van de onafhankelijke psychiater, ook de mening van de behandelend psychiater tot uitdrukking zou moeten komen in de geneeskundige verklaring.

Met betrekking tot de aanbevelingen 19 – 22 (klachtrecht) onthoudt de NVvR zich van commentaar.

Grensvlak straf en zorg

Met betrekking tot de aanbevelingen 23 en 24 (par. 3.13) acht de NVvR het van belang dat goed wordt gedifferentieerd tussen de verschillende categorieën patiënten. Voorkomen dient te worden dat al te snel sprake is van een longstay-opsluiting terwijl het gevaar daar niet toe noopt.

Met betrekking tot de aanbevelingen 25 – 27 onthoudt de NVvR zich van commentaar. Aanbeveling 28 over de onderlinge afstemming van de wettelijke regelingen voor dwangbehandeling in gevangenissen, tbs-klinieken, psychiatrische ziekenhuizen en tehuizen voor geestelijk gehandicapten/dementerenden, lijkt vanuit het oogpunt van rechtseenheid toe te juichen, maar behoeft wat de NVvR betreft in haar uitwerking aandacht. De NVvR merkt als één van haar bedenkingen op dat het wettelijk kader betreffende ordemaatregelen in tbs-klinieken en psychiatrische ziekenhuizen aanzienlijk



verschilt. Daar waar de Penitentiaire beginselenwet en aanverwante regelgeving relatief snel legitimeren tot dwang in het kader van ordehandhaving, lijkt dit voor een psychiatrische patiënt zonder strafrechtelijke titel niet gerechtvaardigd.

De NVvR kan zich vinden in de aanbevelingen 29 en 31 (par. 3.13.7). De argumenten voor aanbeveling 30, over het toekennen aan de strafrechter in artikel 37 Wetboek van Strafrecht van de mogelijkheid om een Bopz-machtiging volgens Bopz-criteria af te geven, overtuigen niet direct. Dat de regeling van artikel 37 Sr verduidelijkt wordt door ook de mogelijkheid van een Bopz-machtiging daarin op te nemen, is niet zonder meer aannemelijk. Daarbij komt dat het verschil tussen het opnamecriterium voor een 37 Sr-plaatsing en een Bopz-machtiging op grond van artikel 37 Sr voor de interne rechtspositie van de betrokken na opname niet relevant is. Daarom lijkt het argument dat artikel 37 Sr meer aansluiting zou krijgen bij de Bopz niet op te gaan.

Kinder- en jeugdpsychiatrie

De NVvR heeft thans geen commentaar bij de aanbevelingen 32 – 34 (par.3.14). Aanbeveling 35 (par. 3.14), die handelt over de wenselijkheid van het in onderlinge samenhang tot stand brengen van de wetgeving met betrekking tot jeugdigen, kan door de NVvR worden onderschreven.

De voorwaardelijke machtiging

De aanbevelingen 36 - 38 (par. 3.16) kunnen door de NVvR in grote lijnen worden onderschreven; wel heeft de NVvR hierbij enkele vragen. Het is niet geheel duidelijk geworden welke verschillende vormen van gedwongen ambulante en intramurale zorg de Evaluatiecommissie hier voor ogen staan. Er bestaat een groot verschil tussen drang en dwang in een ambulante of in een intramurale setting. Gedwongen behandeling vindt plaats in Bopz-aangemerkte instellingen. De gebouwen zijn op die gedwongen behandeling ingericht en daarop zien ook de vereisten die in dat kader aan Bopz-aangemerkte instellingen worden gesteld. Het gaat onder meer om de inrichting van de ruimten, waaronder de separeerruimten, de beveiliging en het toezicht, de aangeboden zorg en het personeel. Indien dwang wordt toegepast in een ambulante setting wordt aan die waarborgen voorbij gegaan.

De NVvR vraagt zich verder af, wat dient te worden verstaan onder gedwongen ambulante zorg en tot waar deze zorg zich uitstrekt. Wordt onder gedwongen ambulante zorg verstaan dat een psychiatrische patiënt onder politie-escorte naar een polikliniek gebracht om daar een injectie toegediend te krijgen (kortdurende poliklinische opname) of wordt die injectie gedwongen in zijn huiskamer toegediend? De deelrapporten lijken geen concrete aanwijzingen te bevatten voor de behoefte aan ambulante dwangbehandeling. Gedwongen ambulante behandeling lijkt verder op gespannen voet te staan met de waarborgen die gelden bij inbreuken op de lichamelijke integriteit.²

De NVvR meent voorts dat differentiatie bij de toewijzing door de rechter van een machtiging naar aard en intensiteit van de drang/dwangzorg wel mogelijk dient te zijn; heldere stroomschema's of signaleringsplannen zijn daarbij van belang. Bovendien moet voorzien zijn in voldoende rechtsbescherming van de patiënt bij flexibeler toepassingsmogelijkheden van de machtiging door bijvoorbeeld telkens de advocaat en/of

² Uit deelrapport 2 volgt dat er nu vrijwel geen ambulante dwangbehandeling wordt toegepast en dat daar evenmin behoefte aan bestaat in de GGZ. De behandelende sector verkiest een kortdurende opname voor het opnieuw instellen van de patiënt indien deze zich onttrekt aan ambulante drangzorg. Het ontbreken van een directe rechterlijke toets bij ambulante dwangbehandeling wordt als een probleem ervaren. Tot slot wordt erop gewezen dat, indien in de mogelijkheid van ambulante dwangbehandeling zou worden voorzien, er ook een vraag zal ontstaan, terwijl ambulante dwangbehandeling als problematisch wordt gezien. Uit deelrapport 7 volgt dat dwangbehandeling in een ambulante setting terwijl er sprake is van actief verzet onmogelijk wordt geacht, want in strijd met fundamentele grondrechten. De pogingen die in andere landen zijn gedaan om ambulante dwangbehandeling wettelijk te verankeren zijn veelal gestrand. Daar waar toepassing is gegeven aan ambulante dwangbehandeling zijn de resultaten na onderzoek niet onverdeeld positief.



de wettelijke vertegenwoordiger in te lichten indien wordt overgegaan tot opname of tot dwangbehandeling nadat ambulante drangzorg is verleend. Meer voorgeschreven evaluatiemomenten bij dwangbehandeling of dwangtoepassing zullen ook bijdragen aan de rechtsbescherming van de patiënt.

Hoofdstuk 4 (Contouren van een nieuwe regeling)

In het Evaluatierapport is uitdrukkelijk de vraag aan de orde gesteld of volstaan kan worden met wetstechnische herziening van de bestaande Wet Bopz dan wel dat op termijn moet worden gestreefd naar een geheel nieuwe wet met mogelijk een ander karakter. In het laatste geval gaat het om een keuze, die de NVvR aan de regering en de Staten-Generaal ter beoordeling laat. De voorstellen van de evaluatiecommissie liggen bovendien voor een belangrijk deel op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. De advisering door de NVvR beperkt zich van oudsher tot die (aspecten van) voorstellen welke de rechtspleging en de kwaliteit van de rechtspraak betreffen.

Wel kan de NVvR vanuit de ervaring in de rechtspraktijk onderschrijven dat de huidige Wet Bopz door zijn opbouw en de frequente wijzigingen, het grote aantal verschillende machtigingen, de niet-perfecte aansluiting bij andere wetgeving (zoals WGBO, WvSr, jeugdrecht en Awb) en uitvoeringsproblemen (bijv. rond de voorwaardelijke machtiging) als betrekkelijk gecompliceerd wordt ervaren. Een ingewikkelde wettekst is werkverzwarend en vergroot de kans op fouten. Daarbij komt, zoals de evaluatiecommissie nader heeft uitgelegd, het probleem dat de huidige wettelijke regeling is opgebouwd rond actoren (zoals de geneesheer-directeur, burgemeester, OvJ, IGZ) van wie de functie, taken en hiervoor beschikbare tijd sinds de totstandkoming van de Wet Bopz ingrijpend zijn gewijzigd (zie nader aanbeveling 5). Het gevolg is dat de wet en de praktijk langzaam steeds verder uit elkaar lopen. De gedachte aan een geheel nieuwe wet, waarin is opgenomen dat - na een onderzoek door een onafhankelijke psychiater - de machtigingsprocedure inhoudelijk zal worden voorbereid door een Commissie Psychiatrische Zorg, die ook belast zal worden met het toezicht op de uitvoering van een rechterlijke machtiging, lijkt alleszins bestudering door de regering waard. De NVvR gaat er vanuit dat ook de Raad voor de Rechtspraak zich te zijner tijd zal uitlaten over de uitvoerbaarheid van een dergelijke wet en de werklastgevolgen in kaart zal brengen, aangezien er in de voorgestelde constructie meer beoordelingsmomenten door de rechterlijke macht lijken te komen.

De NVvR is van oordeel dat de regionale Commissies psychiatrische zorg een verbetering zouden kunnen inhouden ten opzichte van de wijze waarop de huidige actoren functioneren. Thans voorziet de Wet Bopz niet in verplichte aanwezigheid van de officier ter zitting en zijn de verzoekschriften kwalitatief soms onder de maat. Indien in de toekomst de verzoekschriften kwalitatief worden verbeterd en er een lid van de commissie op de zitting aanwezig zal zijn, is de komst van een dergelijke commissie positief te noemen. Of daadwerkelijk een lid van de Commissie psychiatrische zorg op de zitting aanwezig zal zijn, is de NVvR overigens niet helder geworden. Daarnaast vraagt de NVvR zich af hoe deze regionale Commissies psychiatrische zorg zich verhouden tot de strafrechter indien ook deze Bopz-maatregelen mag uitspreken. De NVvR kan zich voorts voorstellen dat voor het openbaar ministerie van groot belang is te weten welke rol nog voor haar overblijft.

Gelet op de verschillende taken die de commissies toebedeeld krijgen, acht de NVvR het overigens zeer relevant dat de commissies niet te groot en te zwaar opgetuigd worden (vanwege het gevaar van bureaucrativering), zeker waar het betreft het voorbereiden van een aanvraag voor een rechterlijke machtiging. Het zal ongetwijfeld de nauwkeurigheid van de aanvraag ten goede komen, maar de vraag is wel of de commissies het vereiste tempo zullen kunnen maken en niet verzanden in (overleg)procedures. Voorts acht de NVvR het essentieel dat de positie van de verschillende actoren binnen de commissies en



de invulling van taken binnen de commissies volstrekt helder zijn. Tot slot is van belang hoe deze commissies toegang hebben tot relevante informatie, zoals patiëntgegevens en gegevens uit de sociaal-maatschappelijke omgeving van de betrokkene, waarbij met name te denken valt aan politiemutaties.

Uitgangspunten voor een nieuwe regeling (par. 4.3):

Uitgangspunten 4 en 9 (o.a.: handhaving van een rechterlijke toets vóóraf, in plaats van een rechterlijke toets achteraf zoals in het Angelsaksische recht) kunnen door de NVvR worden onderschreven.

Uitgangspunt 10 (eenvoud en transparantie) kan worden onderschreven. De NVvR heeft zich bij de aanbevelingen 13-15 nader over dit uitgangspunt uitgelaten.

Uitgangspunt 15 (rol familieleden en/of vertegenwoordiger van de patiënt). De NVvR acht een formele hoorplicht van familieleden en/of vertegenwoordiger van de patiënt niet noodzakelijk. De NVvR wil in dit kader aandacht vragen voor het feit dat voor een niet gering aantal psychiatrische patiënten geldt dat de contacten met familie zijn verbroken of dat de familie en de patiënt geen overeenstemming hebben over de behandeling. Deze patiënten hebben daarnaast vaak geen mentor of andere (wettelijk) vertegenwoordiger. De vertegenwoordigingsplicht zoals deze in Duitsland bestaat (zie deel 7) lijkt daarom nadere bestudering waard.

Uitgangspunt 16 (aansluiting bij strafrecht) kan door NVvR worden onderschreven. Bij de aanbevelingen 23 en 24 heeft de NVvR meer over dit uitgangspunt gezegd.

Uitgangspunt 17 (Awb niet toepasselijk, maar Awb-normen zoveel mogelijk in nieuwe wet incorporeren) kan door de NVvR worden onderschreven .

Het hoofdbestuur van de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak,

Mr.R.Ch.Verschuur