

Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)

Laatst bijgewerkt: 10 oktober 2002

Inleiding

De BOPZ bevat groot aantal bepalingen die de rechten van de gedwongen opgenomen patiënt beschrijven en regelt de onvrijwillige opname van mensen met een geestesstoornis in psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische verpleeghuizen. Ook bevat de wet een regeling van de rechtspositie van personen, als ze eenmaal onvrijwillig opgenomen zijn. Dit betreft onder meer regels voor (dwang)behandeling en vrijheidsbeperking. Met de invoering van de BOPZ kunnen patiënten alleen nog vrijwillig worden opgenomen wanneer zij blijk geven van de "nodige bereidheid tot opname" (bereidheidscriterium). Dat wil zeggen dat de patiënt er bewust voor kiest opgenomen te worden en daarvan blijk geeft, de consequenties volledig overziend (en aanvaardend) - uiteraard na adequate informatie vooraf. In alle andere gevallen kan opname slechts plaatsvinden met Inbewaringstelling (IBS) of Rechterlijke Machtiging (RM). Zonder IBS of RM kan geen patiënt (meer) met pure overreding, met 'zachte drang" worden binnengebracht als deze niet blijk geeft "willens en wetens" voor opname te kiezen. Ook voor mensen die zo verward zijn dat ze de keuze absoluut niet overzien, zal er dus geen "vrijwillige" opname mogelijk zijn.

Voorgeschiedenis

Het wetsvoorstel BOPZ werd in 1971 ingediend. Meer dan twintig jaar later, in 1992, verscheen de wet in het Staatsblad. In 1994 trad de wet in werking. De parlementaire behandeling heeft zeer lang geduurd. Het ging om de wettelijke regeling van zaken (dwangopname, dwangbehandeling) waarover de meningen in de samenleving sterk uiteenliepen.

De Wet BOPZ is de opvolger van de Krankzinnigenwet. De eisen "stoornis", "gevaar" en "causaal verband tussen stoornis en gevaar" werden ook al onder het regime van de Krankzinnigenwet gesteld. Reeds vanaf 1982 hanteert de Hoge Raad, het hoogste Nederlandse rechtscollege, het gevaarscriterium. Dit is vastgelegd in de Wet BOPZ. Het vereiste 'geen blijk geven van de nodige bereidheid" ("bereidheidscriterium"), is in de BOPZ in de plaats gekomen van het bezwaarcriterium. Nu moeten niet alleen personen die zich tegen opname verzetten, maar ook degenen die geen blijk (kunnen) geven van instemming of verzet, met een BOPZ-maatregel worden opgenomen.

Met name op het punt van de rechtsbescherming van de patiënt bevat de Wet BOPZ ten opzichte van de Krankzinnigenwet veel belangrijke verbeteringen. Zo kent de Wet BOPZ bijvoorbeeld een regeling van de rechten van de patiënt tijdens het onvrijwillig verblijf.

Wettelijke criteria voor onvrijwillige opname

Voor onvrijwillige opname gelden de volgende voorwaarden: * De betrokken persoon

heeft een geestesstoornis (of een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens)

* De geestesstoornis veroorzaakt gevaar voor de betrokkene zelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen

* Het gevaar kan niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis worden afgewend

* De betrokkene geeft geen blijk van de nodige bereidheid om zich te laten behandelen.

De betrokkene geeft geen blijk van de nodige bereidheid om zich te laten behandelen. Als aan één van deze voorwaarden niet is voldaan, kan de onvrijwillige opneming niet doorgaan.

Volgens jurisprudentie van de Hoge Raad kan onder gevaar worden verstaan: suicidaliteit, zelfverminking, een gevaarlijke staat van zelfverwaarlozing, gevaar voor het maatschappelijk of sociaal bestaan van de patiënt, gevaar voor zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid van burens van de patiënt en het creëren van chronisch explosieve situaties in de sociale omgeving, waardoor verdergaand geweld onafwendbaar lijkt.

Procedures

Procedures voor onvrijwillige opneming zijn: **de Rechterlijke Machtiging (RM)**, de **Inbewaringstelling (IBS)** en de Indicatieprocedure. De RM, de gewone procedure, verloopt via de rechter; de IBS, alleen bedoeld voor spoedeisende gevallen (bij onmiddellijk dreigend gevaar), via de burgemeester. De indicatieprocedure moet worden gevolgd bij opneming in een instelling voor verstandelijk gehandicapten of verpleeginrichting, indien betrokkene "geen blijk geeft van de nodige bereidheid ter zake" en indien betrokkene geen bezwaar maakt. Maakt betrokkene wel bezwaar, dan moet een RM of IBS worden aangevraagd. In deze gevallen dient een commissie, die niet aan de instelling is gebonden, (in plaats van een rechter) een oordeel uit te spreken over de noodzaak van opneming. Volgens de wet is deze noodzaak aanwezig, "indien de betrokkene zich ten gevolge van de stoornis van de geestvermogens niet buiten de inrichting kan handhaven". Dit is de invulling die dan aan het gevaarscriterium wordt gegeven.

Momenteel zijn er drie soorten RM. Alle drie worden ze opgelegd na een vordering van de Officier van justitie:

1. de voorlopige RM (duur: maximaal een half jaar),
2. de RM tot voortgezet verblijf (maximaal een jaar, bij chronische patiënten maximaal twee jaar) en
3. de RM op eigen verzoek (minimaal een half jaar, maximaal een jaar).

De RM op eigen verzoek is vooral bedoeld voor verslaafden die van zichzelf weten dat ze bij vrijwillige opneming al spoedig de motivatie voor behandeling zouden verliezen. De patiënt die om zo'n RM verzoekt, moet een ondertekend behandelplan overleggen van de instelling waarin hij wordt opgenomen.

Een RM strekt tot gedwongen opneming of tot omzetting van een vrijwillig verblijf in een psychiatrische instelling. Uitsluitend arrondissementsrechtbanken zijn tot het verlenen van een RM bevoegd. De echtgenoot/ partner, bepaalde familieleden (onder wie ouders, kinderen, broers en zusters), de voogd, curator of mentor kunnen een schriftelijk verzoek om een voorlopige machtiging indienen bij de Officier van Justitie.

Deze vordert de machtiging bij de rechtbank, tenzij hij het verzoek kennelijk ongegrond vindt. Bij een vordering moet een (recente) verklaring worden overgelegd van een psychiater die niet bij de behandeling van de patiënt betrokken was. Deze psychiater heeft de patiënt onderzocht en zoveel mogelijk overleg gepleegd met de huisarts en de behandelend psychiater. Als het verzoek een patiënt betreft die al op vrijwillige basis in het ziekenhuis verblijft, is een verklaring van de geneesheer-directeur vereist.

Een IBS wordt niet door de rechter, maar door de burgemeester afgegeven.

De vereisten voor een IBS zijn gelijk aan die voor een voorlopige machtiging, met dien verstande dat een ernstig vermoeden van een geestesstoornis voldoende is en dat het gevaar zo onmiddellijk dreigend moet zijn dat een rechterlijk oordeel niet kan worden afgewacht. De burgemeester kan de bevoegdheid tot afgifte van een IBS opdragen aan een wethouder. Bij een IBS is een schriftelijke verklaring van een psychiater of arts - bij voorkeur niet de behandelend psychiater of huisarts - verplicht. De burgemeester stelt de Officier van justitie en de Inspecteur op de hoogte. De Officier dient binnen enkele dagen na ontvangst van de stukken zo nodig bij de rechtbank een vordering in tot het verlenen van een machtiging tot voortzetting van de IBS. Binnen drie dagen na instelling van de vordering beslist de rechter hierover, na de IBS-gestelde te hebben gehoord. De geldigheidsduur van de IBS is ten hoogste drie weken na de beslissing van de rechter.

Tegen beslissingen tot verlening van een RM of voortzetting van een IBS is geen hoger beroep mogelijk. De patiënt kan wel een verzoek tot ontslag doen. Tegen de afwijzing daarvan is hoger beroep mogelijk. Bij de beslissing tot het verlenen van een RM is beroep in cassatie mogelijk.

Verlof en ontslag

Wanneer het gevaar zover is verminderd dat (tijdelijke) terugkeer in de maatschappij verantwoord is, kan de geneesheer-directeur de patiënt verlof verlenen. De geneesheer-directeur is dus degene die officieel het verlof verleent en weer intrekt, maar in feite is dit gedelegeerd aan de behandelaar. Met verlof wordt een verblijf buiten het ziekenhuisterrein bedoeld. Verlof van meer dan 60 uur is slechts twee keer per jaar mogelijk, voor maximaal twee weken. Kortdurend verlof, zoals weekend- en avondverlof, kan vaker worden toegekend. Aan verlof kunnen voorwaarden voor het gedrag van de patiënt worden verbonden, bijvoorbeeld bezoeken van bepaalde ambulante hulpverleners en/ of het gebruik van medicatie. Bij gebleken gevaarlijkheid of overtreding van de voorwaarden kan de geneesheer-directeur het verlof intrekken. Deze intrekking kan door de patiënt of anderen aan de rechter worden voorgelegd. De geneesheer-directeur kan de patiënt ook voorwaardelijk ontslag verlenen. De voorwaarden kunnen dezelfde zijn als bij verlof. Bij intrekking van het voorwaardelijk ontslag is beroep op de rechter mogelijk. Bij weigering van voorwaardelijk ontslag kan dat nog niet, maar deze mogelijkheid zal door middel van een wetwijziging worden toegevoegd.

Het onvrijwillig verblijf wordt beëindigd als de patiënt niet langer voldoet aan de vereisten voor zo'n verblijf. De geneesheer-directeur kan op eigen initiatief of op verzoek van de patiënt of anderen tot ontslag besluiten. Hij zal ook tot ontslag besluiten als de termijn voor een lopende machtiging verstreken is zonder dat een nieuwe machtiging is aangevraagd. Bij afwijzing van een ontslagverzoek door de geneesheer-directeur kan de Officier van justitie worden verzocht de beslissing van de rechter te

vorderen.

Zo mogelijk en nodig dient aangaande verlop en voorwaardelijk ontslag overleg gevoerd te worden met naasten van patiënt, ambulante behandelaar en huisarts. Er moeten afspraken betreffende de duur en voorwaarden van het verlop met de patiënt gemaakt worden en er moet een schriftelijke verklaring aan de patiënt verstrekt worden namens de geneesheer-directeur dat verlop is verleend.

Bij intrekken van verlop krijgt de patiënt eveneens een schriftelijke, gemotiveerde beslissing binnen vier dagen na de intrekking. De regelingen van voorwaardelijk ontslag zijn zelfs nog iets scherper.

De rechten van de patiënt tijdens de onvrijwillige opneming

Onvrijwillig opgenomen patiënten hebben in principe dezelfde rechten als andere staatsburgers. Op deze rechten mag geen inbreuk worden gemaakt, tenzij de wet daartoe uitdrukkelijk de bevoegdheid verleent. De Wet BOPZ regelt de mogelijkheid om op deze rechten inbreuk te maken. De rechtspositieregeling is, behalve op personen met een BOPZ-titel, ook van toepassing op personen die op grond van een uitspraak van de strafrechter in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven (art. 37 lid 1 Sr). Verder ook op personen die ter beschikking (TBS) zijn gesteld met verpleging van overheidswege, voor zover zij deze verpleging in een psychiatrisch ziekenhuis ondergaan, en op personen aan wie de maatregel van Plaatsing in een Inrichting voor jeugdigen (pij) is opgelegd, als het gaat om een psychiatrisch ziekenhuis. Op laatstgenoemde categorieën zijn de verlop- en ontslagbepalingen niet (onverkort) van toepassing.

De Wet BOPZ kent aan de patiënt een aantal rechten toe, zoals het recht op bijstand door een advocaat en het recht om een klacht tegen de behandeling in te dienen. Hieronder vindt u hierover meer.

Behandelplan, informatie en toestemming

Centraal in de interne rechtspositieregeling van de Wet BOPZ staat het behandelplan. Dit plan moet op schrift worden gesteld. Zonder toestemming van de patiënt (of diens vertegenwoordiger) mag het niet worden uitgevoerd. Onvrijwillige opneming is geen vrijbrief voor onvrijwillige behandeling. De patiënt heeft het recht om behandeling te weigeren. Om ervoor te zorgen dat de patiënt op basis van voldoende informatie toestemming (informed consent) voor behandeling kan geven, moet de behandelaar de patiënt van begrijpelijke informatie voorzien. Deze informatieplicht is vastgelegd in de WGBO.

Een onvrijwillig opgenomen patiënt wordt onder het regime van de BOPZ als wilsbekwaam beschouwd, tenzij de behandelaar vaststelt dat hij deze bekwaamheid mist. Onder wilsbekwaamheid wordt verstaan het vermogen om de eigen belangen inzake behandeling te behartigen ("in staat tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de voorgestelde behandeling"). Acht de behandelaar de patiënt daartoe niet in staat, dan moet hij zich voor plaatsvervangende toestemming wenden tot de vertegenwoordiger van de patiënt. De wet schrijft voor welke personen als vertegenwoordiger in aanmerking komen. Een behandelaar hoeft niet met een vertegenwoordiger in zee te gaan, als hij meent dat dit in strijd is met de "zorg van een goed hulpverlener". Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als de beslissing van de vertegenwoordiger afbreuk doet aan het medisch belang van de patiënt.

Als er hetzij met de patiënt, hetzij met diens vertegenwoordiger geen overeenstemming over het behandelplan te bereiken valt, kan er geen behandeling plaatsvinden. Dat geldt ook als patiënt of vertegenwoordiger de eenmaal gegeven toestemming weer intrekt. Het toestemmingsvereiste en recht om behandeling te weigeren zijn niet absoluut. De Wet BOPZ kent uitzonderingssituaties waarin dit vereiste of dit recht moet wijken voor andere belangen. Deze situaties komen hierna aan de orde.

Overzicht voorschriften behandelplan:

□ Inhoud

Er moet samen met de patiënt een behandelingsplan worden opgesteld. In dit behandelingsplan moet beschreven staan welke therapeutische maatregelen worden genomen om de stoornis zó aan te pakken, dat daardoor het gevaar afneemt dat de aanleiding was voor de IBS of RM.

□ Werkzaamheid

De wetgever eist dat degene die het behandelingsplan op schrift stelt, daarbij de normen die gelden voor een zorgvuldige behandeling in acht neemt. Zo zal er regelmatig toetsing van de werkzaamheid van de therapeutische middelen moeten plaatsvinden en daarom wordt geëist dat de opzet van het behandelingsplan zodanig is dat een regelmatige toetsing van de middelen en het doel van het plan mogelijk is.

□ Informatie

De patiënt dient volledig en juist voorgelicht te worden.

□ Termijn

Het behandelingsplan moet 'zo spoedig mogelijk' na de opname tot stand gekomen te zijn, hetgeen betekent dat het binnen een week opgesteld moet kunnen zijn.

□ Samen met de patiënt

Het behandelingsplan wordt gemaakt samen met de (onvrijwillig opgenomen, maar niettemin mondige) patiënt. In het geval dat deze niet in staat is zijn wil met betrekking tot de voorgestelde behandeling te bepalen ('wilsonbekwaam'), moet het opgesteld worden samen met de echtgenoot, wettelijk vertegenwoordiger, of (als die ontbreken) de naaste (familie)betrekkingen.

□ Toestemming

De patiënt kan zijn instemming met het behandelingsplan op elk moment intrekken, en kan overigens ook altijd behandeling weigeren. Als de patiënt voor wilsonbekwaam wordt gehouden, kan ook de vertegenwoordiger zich tegen de behandeling verzetten. Ook dan kan de behandeling niet worden toegepast. Indien met de vertegenwoordiger van de terzake wilsonbekwame patiënt overeenstemming over behandeling is bereikt, kan behandeling niet worden toegepast indien de patiënt zich verzet. 'Verzet' betekent hier feitelijk verzet; de patiënt hoeft zijn bezwaren niet te motiveren of te onderbouwen - hij of zij is immers wilsonbekwaam. In al deze gevallen moet er dus in beginsel opnieuw

overlegd worden

□ **Als het overleg niet slaagt**

Als bij het overleg geen overeenstemming over het behandelingsplan valt te bereiken, stelt de behandelaar de geneesheer-directeur hiervan in kennis. Overigens is er wel degelijk een grens aan de mogelijkheid van patiënt (of vertegenwoordiger) behandeling te weigeren, namelijk voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiend uit de stoornis van de geestesvermogens, af te wenden

□ **Acute noodsituaties**

In acute noodsituaties kunnen passende Middelen en Maatregelen worden genomen, los van het behandelingsplan. Binnen zeven dagen moet de Middelen en Maatregelen-toepassing stoppen en plaats maken voor behandeling in het kader van een behandelingsplan.

Dwangtoepassing: middelen en maatregelen (M&M)

Slechts bij uitzondering mag onder het regime van de Wet BOPZ tegen de wil van patiënt of vertegenwoordiger worden behandeld of mogen er M&M worden toegepast. Deze uitzonderingssituaties worden in de wet omschreven. Voor dwangbehandeling geldt een aangescherpt gevaarscriterium: "voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden". Anders dan in de WGBO is daarbij niet van belang of de patiënt al dan niet wilsbekwaam is.

1. In de WGBO is dwangbehandeling namelijk alleen bij wilsonbekwame patiënten toegestaan, en dan met toestemming van de vertegenwoordiger als dit "kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen"
2. Voor toepassing van M&M geldt het criterium: "ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door de patiënt in het ziekenhuis als gevolg van de stoornis van de geestvermogens worden veroorzaakt".

Beide typen dwang worden met rechtswaarborgen omkleed: beslissingen om dwang toe te passen zijn klachtwaardig. Naasten moeten ervan op de hoogte worden gebracht en melding aan de Inspectie en registratie zijn verplicht.

Het onderscheid dwangbehandeling en M&M is in het wetssysteem van groot belang.

Onder dwangbehandeling wordt verstaan *het uitvoeren van een (deel van het) behandelplan zonder toestemming of bij verzet, bij M&M* gaat het om in principe *eenmalig ingrijpen zonder behandel doelstelling*.

De wet noemt voor beide typen dwang verschillende criteria (eerder genoemd), er is verschil in toelaatbaarheid van toe te passen middelen en ook de toegestane duur verschilt. De keuze van de middelen bij (dwang)behandeling wordt aan de behandelaar overgelaten. Deze moet zo min mogelijk inbreuk maken op de rechten van de patiënt. Ook moet hij steeds het doel (afwenden van ernstig gevaar) voor ogen houden. De middelen die hij toepast moeten wel in het schriftelijke behandelingsplan zijn opgenomen.

Toegestane M&M zijn beperkt tot afzondering, separatie, fixatie, toediening van vocht en/ of voeding en medicatie.

Dwangbehandeling kent geen wettelijke maximumduur, al moet deze behandeling worden beëindigd wanneer het ernstig gevaar is geweken.

De toepassing van M&M is gebonden aan een maximumduur van zeven opeenvolgende dagen.

Wanneer deze langer dan zeven dagen moeten worden toegepast, moeten de M&M getoetst worden aan de regels van dwangbehandeling.

Vrijheidsbeperking

De onvrijwillig opgenomen patiënt heeft recht op vrije briefwisseling, behalve een in zijn aanwezigheid uit te voeren controle op mee te zenden voorwerpen. Ook heeft de patiënt recht op bezoek, vrij telefoonverkeer en bewegingsvrijheid in het ziekenhuis en op het ziekenhuisterrein. De drie laatstgenoemde rechten kunnen in individuele gevallen worden beperkt. De gronden die de wet daarvoor noemt zijn: vrees voor ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt; voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis, zoals die in de huisregels is beschreven; voorkoming van strafbare feiten. Beslissingen tot vrijheidsbeperking zijn klachtwaardig.

Klachtrecht

In elk algemeen psychiatrisch ziekenhuis en op sommige psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen is een patiëntenvertrouwenspersoon (**PvP**) aanwezig. Deze heeft tot taak de patiënt voor te lichten over zijn rechten en hem te ondersteunen bij het geldend maken ervan. Hij dient dus uitsluitend de belangen van de patiënt. Bij klachten over de behandeling kan de PvP bemiddelen.

Voor onvrijwillig opgenomen patiënten geldt een klachtrecht. De patiënt, of een plaatsvervangende vertegenwoordiger (familielid, andere patiënt) hebben het recht schriftelijke klachten in te dienen bij het ziekenhuisbestuur (de directie). Dat is verplicht de klacht te laten behandelen door een onpartijdige klachtencommissie. Ook bij de gang naar de klachtencommissie kan de patiënt zich door de PvP laten ondersteunen.

Op grond van de **Wet klachtrecht cliënten zorgsector** kan de patiënt klagen over alle jegens hem genomen beslissingen en gedragingen van personen die in het ziekenhuis werken. Op grond van de Wet BOPZ heeft de onvrijwillig opgenomen patiënt bovendien het recht om te klagen over ingrijpende beslissingen die genomen worden op grond van de Wet BOPZ. Het gaat dus om klachten over de bepaling van wilsonbekwaamheid, dwangbehandeling, toepassing van M&M, vrijheidsbeperking en het niet uitvoeren van het overeengekomen behandelplan (hierna te noemen: BOPZ-klachten).

Een psychiatrisch ziekenhuis is verplicht een klachtencommissie in te stellen die uit minimaal drie personen bestaat. Bij BOPZ-klachten moeten een jurist en een psychiater deel van de commissie uitmaken. De commissie beslist over de klachten. Het ziekenhuis moet beschikken over een klachtenreglement met waarborgen voor onafhankelijkheid van de klachtenbehandeling, hoor en wederhoor, bijstand voor klager en aangeklaagde en bescherming van de privacy van betrokkenen.

Momenteel is een wetsvoorstel in voorbereiding, dat de commissie het recht geeft over de klachten een eindbeslissing te nemen. Vooruitlopend hierop is de procedure in de praktijk al zodanig veranderd. Voorheen besliste het ziekenhuisbestuur.

Voor schadevergoeding bij een gegronde klacht blijft de patiënt op de civiele rechter aangewezen.

Als een BOPZ-klacht ongegrond wordt verklaard, heeft de klager het recht om, eventueel met inschakeling van de Inspectie, in beroep te gaan bij de rechter. Deze beroepsmogelijkheid ontbreekt bij klachten op grond van de Klachtwet.

Informatie

Zo spoedig mogelijk na opname moet de onvrijwillige opgenomen patiënt in het bezit worden gesteld van allerlei informatie, waaronder de in het ziekenhuis geldende huisregels (art. 37). Dit geldt tevens voor de echtgenoot, wettelijk vertegenwoordiger en naaste (familie)betrekkingen. Patiënt en familieleden moeten bij een gedwongen opname zo veel mogelijk weten waar ze aan toe zijn. Derhalve zal er per afdeling schriftelijk informatiemateriaal moeten klaar liggen dat bij opname wordt uitgereikt.

Huisregels

De huisregels hebben geen ander doel dan van het psychiatrisch ziekenhuis een geordende samenleving te maken (AMvB 561, art.3). De huisregels beperken de vrijheid van handelen van de patiënt niet verder dan voor een dergelijke gang van zaken nodig is, en kunnen geen inbreuk maken op in de wet toegekende patiëntenrechten.

De wet BOPZ geeft alle beperkingen aan die een gedwongen opname voor de patiënt met zich mee brengt. Met de huisregels mogen die beperkingen niet worden uitgebreid. Wel kan het onmogelijk worden een afdeling een 'geordende samenleving' te doen zijn, wanneer de patiënt zich niet 'betamelijk' zou gedragen. Daarom zijn huisregels geëigend om bijvoorbeeld bezoektijden, slaaptijden en tijdstippen van telefoneren te regelen, evenals maatregelen tegen geluidsoverlast.

Beperkingen die de patiënt moeten worden opgelegd in verband met de stoornis (bijvoorbeeld beperkingen van de bewegingsvrijheid op het terrein) horen niet in de huisregels maar in het individuele behandelingsplan.

Evaluatie Wet Bopz

In de Wet BOPZ is een bepaling opgenomen waarin staat dat de wet periodiek moet worden geëvalueerd: voor de eerste maal drie jaar na inwerkingtreding en vervolgens elke vijf jaar. In december 1996 maakte de Evaluatiecommissie BOPZ de resultaten van de eerste evaluatie bekend. De commissie concludeerde dat de wet aan haar doelstelling -versterking van de rechtspositie van de patiënt - heeft beantwoord. Maar de uitvoering laat nog te wensen over. Op veel onderdelen van de wet is behoefte aan aanvullende voorlichting. Het kabinetsstandpunt verscheen in november 1997. De regering karakteriseert de BOPZ als een opnamewet die zich primair richt op het afwenden van gevaar; de wet heeft niet als uitgangspunt de behandeling van de geestesstoornis. De regering kiest voor handhaving van de huidige criteria voor opneming, met de kanttekening dat het gevaarscriterium niet te rigide moet worden geïnterpreteerd. Het bereidheidscriterium wil de regering, anders dan de Evaluatiecommissie, om redenen van rechtsbescherming voorlopig handhaven. Dit betekent dat voor opneming van patiënten die noch blijk van bereidheid tot opneming (kunnen) geven noch bezwaar tegen opneming (kunnen) maken, een BOPZ-titel nodig blijft.

De wet blijft zich ook uitstrekken tot de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk

gehandicapten. De regering wil de werkingsfeer zelfs verbreden, namelijk tot afdelingen van verzorgingshuizen waar psychogeriatrische patiënten verblijven. Gestudeerd wordt nog op een juridische regeling van dwang en vrijheidsbeperking in instellingen die niet als BOPZ-instelling zijn aangemerkt. In reactie op de behoefte aan aanvullende voorlichting is in samenwerking met de koepelorganisaties van instellingen een Algemeen Voorlichtingsplan opgesteld.

Het kabinetsstandpunt

Al is terughoudendheid met dwang richtsnoer voor beleid, de regering staat positief tegenover bepaalde mogelijkheden voor verruiming of differentiatie van dwang. Het kabinet heeft daartoe een aantal wetswijzigingen aangekondigd. Het betreft de invoering van een voorwaardelijke rechterlijke machtiging (VRM), van zelfbinding en de uitbreiding van mogelijkheden voor dwangbehandeling bij patiënten zonder ziekte-inzicht. Het kabinet vindt dat de VRM een zinvolle aanvulling is op de huidige mogelijkheden voor dwangtoepassing. Deze maakt het mogelijk dat de patiënt die voor een onvrijwillige opname in aanmerking komt, kan kiezen voor een behandeling buiten de instelling. Pas als hij zich niet meer aan de voorschriften van de behandeling houdt, wordt hij gedwongen opgenomen. De regering bereidt thans een wijziging van de Wet BOPZ op dat punt voor. In het kabinetsstandpunt doet de regering al een aanzet voor een wettelijke regeling van zelfbinding. Momenteel wordt onderzocht bij welke stoornissen en behandelingen de criteria voor intramurale dwangbehandeling bij patiënten zonder ziekte-inzicht kunnen worden verruimd. Als uitgangspunt geldt dat het moet gaan om effectieve behandelmogelijkheden.

Verkommerden en verloederden

Bij verkommering en verloedering gaat het om mensen die gezien hun omstandigheden zorg of opvang nodig hebben, maar die onvoldoende gebruik maken van de bestaande voorzieningen. Daardoor dreigt hun maatschappelijk functioneren en welbevinden beneden een aanvaardbaar minimum te raken. Het is een breed maatschappelijk probleem dat het bestek van de Wet BOPZ te buiten gaat.

Hoeveel mensen uit deze groep geestelijk gestoord zijn, is niet bekend. Momenteel wordt dit nader onderzocht. Voor deze groep heeft het kabinet gekozen voor terughoudendheid met dwang, omdat dwang hier averechts kan werken. Uit de evaluatie van de Wet BOPZ is gebleken dat deze wet niet bijdraagt aan verkommering en verloedering, zoals aanvankelijk werd gedacht. Oplossingen voor sociale marginalisering van mensen moeten buiten de Wet BOPZ worden gezocht. De mogelijkheden tot dwangopname in de Wet BOPZ vindt de regering voldoende voor het oplossen van onhoudbare toestanden. Het hoofdaccent moet liggen op preventie van dergelijke situaties, door het tijdig aanbieden van zorg (bijvoorbeeld via sociale pensions) en uitoefening van drang en bemoeizorg. De (openbare) gezondheidszorg en de maatschappelijke opvang moeten deze mensen de helpende hand bieden. Daarbij hebben de gemeenten een regiefunctie.

Bovendien wordt vervolgonderzoek gedaan naar de problematiek van verkommering en verloedering.

Verhouding Wet BOPZ - WGBO

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) blijft ook voor onvrijwillig opgenomen patiënten, naast de Wet BOPZ, van belang. Dit geldt voor Scholing "contactverzorgende" door Willem Dings en Walther van der Velden

onderwerpen waarover de BOPZ zwijgt, bijvoorbeeld de informatieverstrekking over de behandeling. Voor onderwerpen die niet in de BOPZ zijn geregeld vult de WGBO de BOPZ aan.

De WGBO is ook van toepassing op psychiatrische behandelingen waarop de Wet BOPZ geen betrekking heeft, namelijk behandelingen die niet gericht zijn op opheffing van het gevaar dat de aanleiding voor de opname was. Bovendien geldt voor alle somatische behandelingen, ook voor de somatische behandeling van onvrijwillig opgenomen patiënten, de WGBO.

Financiering

Omdat de intramurale geestelijke gezondheidszorg via de AWBZ gefinancierd is, valt ook de verpleging van BOPZ-patiënten onder de AWBZ. Na een verblijf van een jaar in het ziekenhuis moet de patiënt een eigen bijdrage in de verpleegkosten gaan betalen. Dit geldt ook voor de patiënt die krachtens de Wet BOPZ is opgenomen.