

Evaluatie van de Observatiemachtiging

Lex Hulsbosch
Judith Wolf
Hans Kroon



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Utrecht, 2008

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van VWS

Financiering
Ministerie van VWS

Projectleiding
prof. dr. J. R. L. M. Wolf (t/m juni 2006) / dr. J. D. Kroon

Projectuitvoering
drs. A. M. Hulsbosch

Opmaak omslag

Drukwerk

Inhoud

Vooraf	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 De observatiemachtiging	9
1.2 Voorgeschiedenis	10
1.3 Arrest van de Hoge Raad	16
1.4 Het rapport	17
2 Het onderzoek	19
2.1 Doel- en vraagstellingen	19
2.2 Werkplan en onderzoeksactiviteiten	20
2.3 Problemen in de uitvoering	25
3 De observatiemachtiging in de praktijk	27
3.1 Aantallen en kenmerken	27
3.2 Doelgroep	36
3.3 De activiteiten	43
3.4 Effecten	46
3.5 Vignetten	50
4 Meningen over de observatiemachtiging	55
4.1 De arrondissementsparketten	55
4.2 De GGZ-instellingen	56
5 Conclusies en beschouwing	59
5.1 De onderzoeksvragen	59
5.2 Beschouwing	62
Bijlagen	67
Bijlage 1 De begeleidingscommissie	69
Bijlage 2 Gebruikte afkortingen	71
Bijlage 3 Wettekst observatiemachtiging	73
Bijlage 4 Uitspraak Hoge Raad (15-12-2006)	75
Bijlage 5 Artikel over uitspraak Hoge Raad	89
Bijlage 6 Informatieblad voor patiënten	91
Bijlage 7 Waarborgen van privacy	93
Bijlage 8 Deelnemende partijen	95
Literatuur	97

Vooraf

Dit rapport doet verslag van de door het Trimbos-instituut uitgevoerde evaluatie van de Observatiemachtiging. Opdrachtgever was het Ministerie van VWS.

De observatiemachtiging is per 1 januari 2006 in werking getreden. In de horizonbepaling is vastgelegd dat één jaar na het uitbrengen van de evaluatie de observatiemachtiging komt te vervallen, tenzij bij algemene maatregel van bestuur anders wordt bepaald.

De uitvoering van de evaluatie was niet mogelijk geweest zonder de inspanning van veel mensen. Om te beginnen danken wij de leden van de begeleidingscommissie voor alle inspanningen. De expertise en de adviezen van de commissieleden waren van veel waarde voor de uitvoering van het onderzoek. Daarnaast gaat onze dank uit naar de contactpersonen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor de soepele aanvoer van registratiegegevens. Ook danken wij het Expertisecentrum Medische Zaken van het parket Rotterdam. Het expertisecentrum heeft observatiemachtiging-dossiers verzameld en deze ook beschikbaar gesteld voor de evaluatie.

Er zijn nog veel meer mensen die een bijdrage aan het onderzoek hebben geleverd. Het laatste woord van deze inleiding is dan ook voor iedereen die aan het onderzoek heeft meegewerkt en nog niet is genoemd: bedankt!

De onderzoekers,

februari 2008

Samenvatting

In 2001 werd de observatiemachtiging bij amendement ingebracht tijdens de behandeling van de voorwaardelijke machtiging in de Tweede Kamer. Er is veel kritiek geweest op de observatiemachtiging en de behandeling daarvan in het parlement. De discussie rondom artikel 5 van het EVRM mag niet onvermeld blijven. Gezien de mogelijke strijdigheid van de observatiemachtiging met dit artikel, werd uiteindelijk een spoedadvies bij de Raad van State aangevraagd. Deze concludeerde dat het amendement niet onverenigbaar was met het bewuste artikel uit het EVRM. De discussie in de Tweede Kamer over de observatiemachtiging heeft uiteindelijk geleid tot een horizonbepaling: twee jaar na de inwerkingtreding van de observatiemachtiging zou een verslag naar de Staten-Generaal worden gestuurd over de doeltreffendheid en effecten van de maatregel. Een jaar na het uitbrengen van het genoemde verslag zal de observatiemachtiging automatisch komen te vervallen, tenzij bij algemene maatregel van bestuur anders zal worden bepaald.

Op 1 januari 2006 trad de observatiemachtiging in werking. In december van datzelfde jaar deed de Hoge Raad een uitspraak die gevolgen had voor toekomstige aanvragen. Wederom stond het artikel 5 uit het EVRM centraal en ditmaal niet zonder gevolgen. De uitspraak van de Hoge Raad heeft de reikwijdte van de observatiemachtiging ingeperkt. Het ernstige vermoeden van een stoornis van de geestvermogens werd als onvoldoende grond gezien voor het verlenen van een observatiemachtiging. Dit had tot gevolg dat vanaf dat moment de stoornis van de geestvermogens met voldoende zekerheid moest worden aangenomen, maar nog nader onderzoek behoefde.

De evaluatie

Doel van de evaluatie was het verkrijgen van inzicht in de werking van de observatiemachtiging in de praktijk en de (neven)effecten ervan voor de betrokken persoon en de hulpverlening. Hierbij is uitgegaan van de volgende vraagstellingen:

1. Hoeveel observatiemachtigingen worden er in een periode van twintig maanden afgegeven en wat zijn de kenmerken ervan?
2. Welke personen krijgen een observatiemachtiging en komt deze bereikte groep overeen met de beoogde doelgroep van de maatregel?
3. Hoe werkt de observatiemachtiging in de praktijk en wat is het verloop?
4. Wat zijn de (neven)effecten van de observatiemachtiging volgens betrokken personen zelf, hun naasten en betrokken hulpverleners?

Aan de hand van registratiegegevens, schriftelijke vragenlijsten, telefonische interviews en face-to-face interviews is informatie verzameld om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden.

Bevindingen

Eén van de meest in het oog springende gegevens uit de evaluatie, is dat de observatiemachtiging weinig is aangevraagd. Voor 2006 zou dit gelegen kunnen hebben aan onbekendheid met de maatregel en het beter benutten van de al bestaande opnamemogelijkheden die de Wet Bopz bood (Marle, 2007). In 2007 speelde waarschijnlijk het arrest van de Hoge Raad een belangrijke rol in het geringe aantal aanvragen. Waar vooraf werd gevreesd voor een forse toename in werkdruk voor de juridische sector en de GGZ, kan nu worden gesteld dat deze vrees vooralsnog ongegrond is geweest. De vrees voor oneigenlijk gebruik van de observatiemachtiging- in het bijzonder de inzet van de maatregel ter bestrijding van overlast – is evenmin uitgekomen. Verder zijn rechters behoedzaam omgegaan met de observatiemachtiging. Geen enkele andere Bopz-maatregel is – relatief gezien – zo vaak afgewezen als de observatiemachtiging. Terwijl aan de andere kant rechters de observatiemachtiging soms een passender alternatief vonden dan een voorlopige machtiging. Een aanzienlijk deel van de opgenomen mensen is na de observatiemachtiging in beeld gebleven via een andere Bopz-maatregel en er zijn – in mindere mate - ook vrijwillige vervolgtrajecten ingezet.

Bij de uitvoering van de observatiemachtiging zijn ook minder positieve ervaringen naar boven gekomen. Het toepassen van dwangbehandeling en middelen of maatregelen is niet toegestaan tijdens een observatiemachtiging. Dat toch enkele malen van deze instrumenten gebruik is gemaakt mag niet onvermeld blijven. Het niet kunnen inzetten van dwangtoepassingen wordt doorgaans als belangrijkste beperking gezien in het werken met de observatiemachtiging.

Een ander punt van aandacht is het vervoer naar de GGZ-instelling. Hier is steeds een oplossing voor gevonden, maar cliënten werden soms onder dwang naar een instelling begeleid. In het geval van de observatiemachtiging levert dit een tegenstrijdigheid op. De cliënten krijgen een dwangopname opgelegd waarin het niet is toegestaan met dwangtoepassingen te werken, maar soms werden cliënten met gedwongen vervoer naar de opnameafdeling gebracht. Een situatie die door cliënten als belastend zal worden ervaren en waarmee de werkrelatie met de hulpverlening mogelijk al met een valse start begint. Met de observatiemachtiging werden overwegend zorgmijders bereikt, zij het niet de groep die op straat leeft. Het ging vooral om mensen die wel over eigen woonruimte beschikten, maar waarbij (zelf)verwaarlozing en dreigende huisuitzetting een grote rol speelden. Opvallend was dat relatief veel vrouwen met de observatiemachtiging werden opgenomen. Onverwacht waren de opnames van enkele erg jonge mensen en opnames van mensen op respectabele leeftijd. Daar staat tegenover dat de bereikte doelgroep nog nauwelijks eerdere ervaringen met Bopz-maatregelen had gehad. Er werd met de observatiemachtiging blijkbaar een kleine, maar relatief ‘nieuwe’ groep cliënten binnen het bereik van de Wet Bopz gehaald.

Tot slot

De observatiemachtiging riep weerstand op in het veld. Deze weerstand en de onduidelijkheden rondom de maatregel hebben mogelijk hun weerslag gehad op de evaluatie. De uitkomst is een cirkelredenering, waarin het geringe gebruik van de observatiemachtiging een centrale rol speelt. Moeten we concluderen dat de observatiemachtiging weinig toevoegt aan de Wet Bopz en dat er daarom weinig gebruik van is gemaakt? Of heeft de observatiemachtiging (te) weinig kunnen toevoegen aan de overige Bopz-maatregelen omdat hij zo weinig is gebruikt? Op grond van de gevonden gegevens kan in ieder geval niet worden geconcludeerd dat de observatiemachtiging dermate slecht heeft gefunctioneerd dat voortzetting moet worden ontraden.

Het geringe gebruik kan op zich geen reden vormen om de maatregel na de ‘horizon’ niet voort te zetten. Indien de maatregel gehandhaafd wordt, dan lijkt het wel noodzakelijk alsnog

een bredere informatieronde te richten, met name gericht op de klinische afdelingen die deze maatregel moeten uitvoeren (Waard & Veldhuizen, 2007). Deze informatieronde zou zich tevens kunnen richten op de ten uitvoer legging van de ‘zelfbindingsmachtiging’ die op 1 januari 2008 in werking is getreden. Immers bij beide vormen van machtiging is er sprake van “dwang op maat” op de klinische afdeling van het psychiatrische ziekenhuis. Dat is voor veel verpleegkundigen en psychiaters een nieuwe situatie die vraagt om bijscholing en aanpassing van bestaande protocollen. Daarbij dient voldoende toezicht op de uitvoering plaats te vinden, in de eerste plaats door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, maar wellicht ook door de positie van de patiëntenvertrouwenspersoon te versterken.

Indien het komt tot een besluit om de Observatie machtiging te continueren, dan lijkt een volgende evaluatie gedurende een periode van bijvoorbeeld twee jaar zinvol. In een dergelijke evaluatie zou meer dan nu aandacht moeten zijn voor de beoogde doelen bij aanvraag, het vervolg op de observatiemachtiging en het cliëntperspectief. De ervaring met de huidige evaluatie heeft geleerd dat juist voor het betrekken van cliënten in het onderzoek een breed draagvlak vanuit het veld nodig is. Vanuit het huidige evaluatieonderzoek kan (in overeenstemming met de opmerkingen vanuit de Derde Evaluatie Commissie Bopz) ook worden gemeld dat eventueel vervolgonderzoek beter vorm kan krijgen, wanneer onderzoekers en begeleidingscommissies de ruimte wordt geboden hun eigen onderzoeksvragen en -methoden te kunnen formuleren (Derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz, 2007).

1 Inleiding

Op 1 januari 2006 is de observatiemachtiging in werking getreden. De observatiemachtiging is een onderdeel van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) en heeft tot doel op korte termijn adequate behandeling en begeleiding te realiseren “voor personen die al langer bekend zijn bij de hulpverlening, waarvan hulpverleners en/of behandelaars aangeven dat het gedrag als gevolg van de vermoedelijke geestelijke stoornis zodanig is, dat het de betrokkene gevaar doet veroorzaken voor zichzelf [...]” (Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 13).

Aan de invoering van de observatiemachtiging was een evaluatie gekoppeld. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zou twee jaar na inwerkingtreding van de observatiemachtiging een verslag naar de Staten-Generaal zenden over de doeltreffendheid en de effecten van de observatiemachtiging. Het Trimbos-instituut voerde in opdracht van het Ministerie van VWS de evaluatie uit. In dit rapport wordt verslag gedaan van deze evaluatie.

1.1 De observatiemachtiging

De observatiemachtiging is een juridische titel voor opremsing in een GGZ-instelling. Over de verlening van een observatiemachtiging staat in de Wet Bopz het volgende vermeld¹ (paragraaf 1b, artikel 14h, eerste lid):

De rechter kan op verzoek van de officier van justitie een observatiemachtiging verlenen om betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en te doen verblijven, indien het ernstig vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. [...]

Het doel van de observatiemachtiging staat in de Wet Bopz als volgt omschreven (paragraaf 1b, artikel 14h, tweede lid):

De observatiemachtiging strekt ertoe te onderzoeken of:

- a. een stoornis van de geestvermogens aanwezig is en
- b. de stoornis betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken.

Over de duur van de observatiemachtiging en een eventueel vervolg (vanuit de Wet Bopz), zijn de volgende fragmenten in de Wet Bopz opgenomen:

De observatiemachtiging heeft een geldigheidsduur van ten hoogste drie weken na de dag waarop de betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen [...] (paragraaf 1b, artikel 14, h, derde lid)

Zolang de geldigheidsduur van de observatiemachtiging nog niet is geëindigd, kan de officier van justitie verzoeken dat een aansluitende machtiging als bedoeld in het vijfde lid (zie twee citaten verder, LH) wordt verleend. De officier van justitie neemt onverwijld een beslissing over het instellen van een verzoek tot het verlenen van een aansluitende machtiging, indien uit het onderzoek blijkt dat een stoornis van de geestvermogens betrokkene gevaar doet veroorzaken. (paragraaf 1b, artikel 14i, eerste lid)

De rechter beslist binnen twee weken na het indienen van het verzoekschrift. In afwachting van de beslissing van de rechter wordt het gedwongen verblijf met ten hoogste twee weken na het indienen van het verzoekschrift voortgezet. (paragraaf 1b, artikel 14i, derde lid)

¹ De volledige wettekst is opgenomen in bijlage 3.

De machtiging die volgt op een observatiemachtiging, is een machtiging als bedoeld in artikel 2 (voorlopige machtiging, LH), een machtiging als bedoeld in artikel 14a (voorwaardelijke machtiging, LH), dan wel een machtiging als bedoeld in artikel 32 (machtiging op eigen verzoek, LH). (paragraaf 1b, artikel 14i, vijfde lid)

1.2 Voorgeschiedenis

In september 2001 behandelde de Tweede Kamer een wetsvoorstel Wijziging van de Wet Bopz. Het ging om de behandeling van de voorwaardelijke machtiging. In de vergadering kwam ook een amendement aan bod dat was ingediend door de kamerleden Van der Hoek en Passtoors (Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 13). Zij motiveerden de aanzet tot het amendement als volgt:

In de praktijk blijkt, dat ondanks de omschrijving van het gevaarscriterium [...] psychiaters, rechters en hulpverleners een groep patiënten niet kunnen laten opnemen via hetzij toepassing van artikel 2 (voorlopige machtiging) hetzij artikel 20 (inbewaringstelling). Het gaat in het bijzonder om mensen zonder ziekte-inzicht, die zich onttrekken aan hulpverlening en behandeling, maar wel (meestal al jaren) bekend zijn bij de hulpverlening. Het gaat om mensen, die volharden in het afwijzen van vormen van hulp en zorg en behandeling die hun toestand wezenlijk zouden kunnen verbeteren.

De beoogde doelgroep

Van der Hoek en Passtoors waren van mening dat een groep mensen op dat moment niet via de Wet Bopz werd bereikt. Uit de (hulpverleners)praktijk vingen zij signalen op dat sommige mensen in zorgwekkende toestand verkeerden, maar niet bereikbaar waren voor de hulpverlening. Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer gaf Van der Hoek aan dat het ging om op straat zwervende of thuis wegwijnende mensen zonder ziekte-inzicht, mensen die op geen enkele manier benaderbaar zijn. Zij vond het niet acceptabel dat deze mensen aan hun lot werden overgelaten. Om deze situatie aan te pakken had zij met collega Passtoors een amendement ingediend waarin een aanvulling op de Wet Bopz werd voorgesteld, de observatiemachtiging. In de toelichting op het amendement gaven Van der Hoek en Passtoors aan wat zij met de observatiemachtiging voor ogen hadden:

Het ontwerp heeft vooral het oog op personen, die al langer bekend zijn bij de hulpverlening, waarvan hulpverlening en/of behandelaars aangeven dat het gedrag als gevolg van de vermoedelijke geestelijke stoornis zodanig is, dat het de betrokkene gevaar doet veroorzaken voor zichzelf en dat het noodzakelijk is om betrokkene op te nemen om na onderzoek een adequate behandeling en/of begeleiding te kunnen realiseren. Het amendement beoogt door middel van een observatie-opname een kortdurende situatie te scheppen waarbinnen de gronden welke kunnen leiden tot een voorlopige of voorwaardelijke machtiging zorgvuldiger kunnen worden onderzocht en geformuleerd dan binnen een ambulante situatie [...]. Deze observatie-opname biedt overigens ook de patiënt de ruimte zich te bezinnen op de noodzaak en wenselijkheid van het accepteren van adequate behandeling.

Tijdens de behandeling van het amendement in de Tweede Kamer deden Van der Hoek en Passtoors diverse uitspraken over de groep mensen die zij met de observatiemachtiging wilden bereiken:

Deze categorie patiënten heeft geen ziekte-inzicht, laat zich totaal niet benaderen – ook niet via drang- of bemoeizorg – en kan op geen enkele manier via de zogenaamde “vermaatschappelijking” worden bereikt. Deze mensen zwerven op straat of kwijnen weg achter hun eigen voordeur. (Handelingen 2001-2002, nr. 98, Tweede Kamer, pag. 6156)

Het gaat in feite maar om een kleine groep mensen. (Handelingen 2001-2002, nr. 98, Tweede Kamer, pag. 6157)

Het is bekend dat er mensen zijn die niet zover te brengen zijn [dat ze zorg accepteren, LH], omdat zij geen enkel inzicht in hun eigen ziekte hebben. Feitelijk zijn zij waarschijnlijk wilsonbekwaam, maar juridisch niet. [...] Zij zijn een gevaar voor zichzelf en de omgeving, maar net niet genoeg. (Handelingen, nr. 98, Tweede Kamer, pag. 6177)

Het gaat om mensen waarvan bekend is dat er iets mee aan de hand is en waarvan ook bekend is dat zij niet bereid zijn om op enigerlei manier mee te werken. Niet bekend is wat er precies aan de hand is, maar duidelijk is wel dat zij niet kunnen worden opgenomen in het kader van de huidige Bopz. (Handelingen 2001-2002, nr. 98, Tweede kamer, pag. 6178)

Ik doel op een groep die al jaren zwerft of in een hokje zit waarin ook de arts niet wordt toegelaten en waarvan iedereen zegt: het gaat straks heel erg fout en wij wachten alleen nog tot het afgelopen is. Er gebeurt niets meer [aan hulpverlening, LH]. Er is weliswaar van alles gebeurd, maar men kan op dat moment niets meer doen, omdat alle hulp wordt geweigerd. (Handelingen 2001-2002, nr. 98, Tweede Kamer, pag. 6179)

Dit amendement slaat echter op een groep die wel degelijk binnen de Wet Bopz past. Bij die groep bestaat namelijk een ernstig vermoeden van geestelijke stoornis waardoor betrokkenen een gevaar voor zichzelf zijn. (Handelingen 2001-2002, nr. 98, Tweede Kamer, pag. 6184)

Mijn fractie is ervan overtuigd dat er met deze maatregel [de observatiemachtiging, LH] voor een deel van de groep die wij verkommerden en verloederden noemen, een nieuw perspectief wordt geboden. (Handelingen 2001-2002, nr. 38, Tweede Kamer, pag. 2873)

Wij vinden het meer dan de moeite waard om op dit moment al voor die beperkte groep van zorgwekkende zorgmijders zonder ziekte-inzicht, waarbij sprake is van een ernstig vermoeden van stoornis van de geestvermogens waardoor ze ook een gevaar voor zichzelf zijn en die langdurig bekend zijn bij hulpverleners een oplossing te bieden. (Handelingen 2001-2002, nr. 38, Tweede Kamer, pag. 2879)

Samenvattend kan worden gesteld dat Van der Hoek en Passtoors het hadden over mensen:

- zonder ziekte-inzicht
- die niet benaderbaar zijn voor de hulpverlening (zorgmijders)
- waarvan een ernstig vermoeden bestaat dat er een stoornis van de geestvermogens speelt
- die een gevaar voor zichzelf zijn
- die al langere tijd bekend zijn bij de hulpverlening
- die op straat zwerven of wegwijnen achter hun eigen voordeel (verkommerden en verloederden)

Bovendien gaven ze aan dat het een kleine groep mensen betreft. Het gaat om de zorgmijders onder de grotere groep verkommerden en verloederden.

Ze wilden met de observatiemachtiging meer greep zien te krijgen op mensen die door hun gedrag een gevaar voor zichzelf zijn, maar tot dan toe onbereikbaar waren – zowel via bemoeizorg als via de Wet Bopz - voor de hulpverlening. Ze wilden op deze manier een halt toeroepen aan de verkommering en verloedering van deze groep mensen. Tijdens het verblijf in het ziekenhuis zou vervolgens beter kunnen worden bekeken met welke actie(s) de betreffende personen het best geholpen zouden zijn. Daarnaast zouden de personen zelf ook tot bezinning kunnen komen wat hun visie op behandeling betreft en wellicht minder afwijzend komen te staan tegenover hulpverlening.

Reacties op het amendement

De behandeling van het amendement riep de nodige reacties op bij collega kamerleden van Van der Hoek en Passtoors. Vanuit verschillende fracties werd met scepsis op het amendement gereageerd. Het eerste tegenargument was dat mensen door de gedwongen opname nog wel eens meer weerstand tegen de hulpverlening zouden kunnen opbouwen dan ze al hadden, waardoor de situatie eerder zou verslechteren dan verbeteren. Daarnaast was de observatiemachtiging volgens enkele kamerleden in strijd met artikel 5 van het EVRM. De heer B. Dittrich zei hierover het volgende:

In artikel 5 EVRM staat dat bij wet inbreuk mag worden gemaakt op het grondrecht vrijheid van beweging nadat rechtmatige detentie heeft plaatsgevonden. Mijn stelling is dat slechts het vermoeden dat bepaalde mensen een psychische stoornis hebben en gevaar lopen, onvoldoende is om aan de norm van artikel 5 tegemoet te komen. (Handelingen 2001-2002, Tweede Kamer, nr. 98, pag. 6150)

Later in het debat werd een ander tegenargument opgeworpen: de observatiemachtiging zou tot misbruik van de Wet Bopz kunnen leiden. Het criterium van het ernstig vermoeden van een stoornis van de geestvermogens werd als dusdanig ruim gezien dat mensen er te snel gedwongen mee opgenomen zouden kunnen worden. Hiermee bestond het gevaar dat de GGZ op deze manier gebruikt kon gaan worden als opvangplek voor mensen die overlast veroorzaakten.

[...] Het kan dus gebeuren dat iemand gedurende drie weken van straat wordt gehouden omdat bijvoorbeeld de gemeente vindt dat het heel erg lastig is dat die persoon onaangepast gedrag vertoont. (Handelingen 2001-2002, Tweede Kamer, nr. 98, pag. 6150)

Ik vind dat het amendement een te grote groep mensen binnen het bereik van de Bopz trekt. U [Van der Hoek en Passtoors, LH] werpt als het ware een net over een groep mensen om ze binnen het bereik van de wet te trekken. Ik ben bang dat anderen [andere mensen dan de beoogde doelgroep, LH] onbedoeld ook in dat net verstrikt raken. (Handelingen 2001-2002, Tweede Kamer, nr. 98, pag. 6151)

Wij weten dat psychiatrische hulpverlening nog steeds op verschillende plaatsen in de wereld gebruikt wordt om ongewenste elementen van de straat te houden. Uw [de kamerleden Van der Hoek en Passtoors, LH] intenties kunnen heel goed zijn en u kunt zeggen dat het maar om een kleine groep gaat, maar als die mogelijkheid [de observatiemachtiging, LH] in de wet staat, bent u niet meer meester over de vraag op wie die toegepast wordt. (Handelingen 2001-2002, Tweede Kamer, nr. 98, pag. 6184)

Een ander punt van kritiek dat vanuit de Kamer naar voren werd gebracht betrof de opnameduur van drie weken. De vraag was of een dergelijke periode lang genoeg zou zijn om beter zicht te krijgen op de toestand van de betrokkenen. Ook hier leefde het idee dat een observatiemachtiging wel eens een middel zou kunnen zijn dat erger is dan de kwaal.

Het gaat juist om die drie weken en de vraag of het mogelijk is om in die periode iets vast te stellen. Als mensen drie weken zijn opgenomen en in die drie weken is niet vast te stellen dat er sprake is van een gevaar of van een psychische stoornis, wat dan? Is er dan niet meer schade berokkend? (Handelingen 2001-2002, Tweede Kamer, nr. 98, pag. 6157)

Naast dit alles was er twijfel of een dergelijke observatie per sé in een klinische setting zou moeten plaatsvinden. Volgens sommige kamerleden zou dit ook heel goed ambulant kunnen gebeuren. De begrippen bemoeizorg en outreachend werken passeerden onder anderen de revue als betere alternatieven voor de observatiemachtiging. Een meer praktisch bezwaar

betrof verder nog de extra werkdruk die met de nieuwe machtiging op het systeem zou komen te liggen, zowel in de juridische als in de klinisch psychiatrische sector.

Er was dus kritiek op het amendement van Van der Hoek en Passtoors. Het streven van beide kamerleden – specifieke aandacht voor mensen die vanwege psychische en gedragsproblemen buiten de maatschappij vallen en waarop ook de hulpverlening geen grip (meer) heeft – werd door de collega's in de Tweede Kamer echter wel degelijk gewaardeerd. Het verschil van mening betrof slechts de manier waarop de specifieke aandacht zou moeten worden gegeven. De tegenstanders van de observatiemachtiging zagen meer heil in outreachend werken en ambulante vormen van hulpverlening. Dwang vonden zij een oplossing die in dit geval - mensen gedwongen opnemen op basis van een *ernstig vermoeden* van een psychiatrische stoornis en/of gevaar - te ver zou gaan.

In haar reactie op het amendement sloot de toenmalige minister van VWS - mevrouw E. Borst-Eilers - zich aan bij de kritiek die de kamerleden hadden geuit. Zij zei in haar reactie op 6 september 2001 het volgende tegenover de Tweede Kamer:

De observatiemachtiging die mevrouw Van der Hoek en de heer Passtoors in hun amendement voorstellen, is een heel vergaande stap. Zo'n machtiging ziet op gedwongen opname van personen van wie nog niet vaststaat dat zij aan een geestesstoornis lijden of gevaar veroorzaken. Daar komt nog bij dat ik deze ingrijpende maatregel niet zie als oplossing voor de problematiek van deze mensen, terwijl het amendement juist voor hen een oplossing beoogt. Zij zijn vaak zorg gaan mijden, omdat zij negatieve ervaringen hebben met de hulpverlening. Het toepassen van dwang maakt hun wantrouwen volgens mij alleen maar groter. Ik heb zo-even uiteengezet dat ik voor deze groep veel meer heil zie in een actieve, bemoeiende en betrokken hulpverlening, outreaching. Verder biedt de observatiemachtiging geen enkele garantie voor het daadwerkelijk behandelen van patiënten, omdat daarvoor [...] altijd weer de toestemming van betrokkene vereist is. [...] De gedachte die aan die machtiging ten grondslag ligt, namelijk dat de patiënten in de periode van de observatiemachtiging wellicht tot bezinning, tot rust zouden komen en ontvankelijk zouden worden voor behandeling, lijkt mij helaas veel te optimistisch. Ik verwacht niet dat het categorisch afwijzen van iedere vorm van hulp door deze mensen zal omslaan, nadat ze met dwang zijn opgenomen, al is het dan ter observatie. (Handelingen 2001-2002, Tweede Kamer, nr. 99, pag. 6620)

De bezwaren die de minister naar voren bracht wogen wat haar betreft dermate zwaar, dat zij de aanneming van het amendement op dat moment *ernstig* ontraadde. Ook de betrokken minister van Justitie – de heer B. Korthals – was afwijzend in zijn eerste oordeel:

Ik wil in het kader van het voorgestelde amendement aandacht vragen voor de extra werkbelasting die de invoering van de machtiging met zich meebrengt voor de rechterlijke macht. [...] Voorts wijs ik op de complicaties die zich in verband met het EVRM kunnen voordoen. [...] Ingevolge artikel 5, eerste lid, onder e van het EVRM is een stoornis van de geestvermogens een grond voor rechtmatige vrijheidsbeneming. Het is echter de vraag of hieronder ook mag worden begrepen de gevallen waarin sprake is van een ernstig vermoeden van de aanwezigheid van een zodanige stoornis. [...] Op zijn minst genomen – en nu zeg ik het nog voorzichtig – is er een zekere mate van twijfel. [...] In ieder geval ontraad ik evenals mijn collega van VWS [...] de aanvaarding van dit amendement. (Handelingen 2001-2002, Tweede Kamer, nr. 99, pag. 6224-6225)

Ook buiten de politiek heerste scepsis over de observatiemachtiging. In een brief (augustus 2001) aan de toenmalige leden van de Tweede Kamer gaf Stichting Pandora² aan dat het

² Stichting Pandora is een onafhankelijke organisatie die zich inzet voor mensen die psychische of psychiatrische problemen hebben, hebben gehad of kunnen krijgen. De ervaringen van deze mensen zelf zijn de basis van alle acties van de stichting.

gevaar bestond dat dwang en drang steeds meer zouden worden toegepast op mensen die als gevolg van psychische of psychiatrische problemen voor overlast zorgen. In plaats van dwangmiddelen pleitte Stichting Pandora in haar brief voor het realiseren van (meer) laagdrempelig zorgaanbod binnen de GGZ: “Investeren in de kwaliteit van zorg heeft de voorkeur [...] boven een aantasting van de autonomie en de keuzemogelijkheden van cliënten in de GGZ”. In een brief aan de leden van de Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (april 2003), haalde Stichting Pandora nog enkele bezwaren aan. Allereerst werden vraagtekens gezet bij de duur van de observatiemachtiging. Drie weken zouden te kort zijn om bij de beoogde doelgroep goed te kunnen onderzoeken of er sprake is van een psychiatrische stoornis en of deze stoornis gevaar voor de betrokkene veroorzaakt. Het niet kunnen inzetten van dwangtoepassingen zou hierbij – volgens Stichting Pandora – een belangrijke rol spelen. Het resultaat zou kunnen zijn dat de betrokkenen zich alleen maar verder van de hulpverlening zouden afkeren. Een laatste punt van kritiek betrof de juridische en bureaucratische rompslomp die de invoering van de observatiemachtiging met zich mee zou brengen. Al met al vond Stichting Pandora dat het invoeringsproces niet optimaal was uitgevoerd:

Patiënten zijn erbij gebaat dat de overheid voor het maken van beleid en het sturen van de praktijk de tijd neemt. Alvorens de observatiemachtiging wettelijk te verankeren moet op zijn minst duidelijk zijn dat minder ingrijpende alternatieven, zoals de revalidatieteams [...] en de outreachende bemoeizorg, op deze groep onvoldoende effect hebben .

Ook binnen de GGZ was de observatiemachtiging onderwerp van discussie. De maatregel werd onder anderen overbodig gevonden: onder bepaalde voorwaarden zou de beoogde doelgroep ook met een voorlopige machtiging kunnen worden opgenomen (Hoopen, 2003; Lucieer, 2002). Een voordeel van dit alternatief zou zijn dat de opnameduur minder beperkt zou zijn. Bovendien zou de rechter niet altijd voor een maximale opnameduur van zes maanden hoeven te kiezen, maar zou bijvoorbeeld ook voor drie maanden kunnen worden gekozen. Volgens ten Hoopen een opnameduur die meestal voldoende is voor een goede observatie. De Gezondheidsraad verwachtte niet dat de observatiemachtiging een belangrijke rol zou gaan spelen bij het verlenen van zorg aan moeilijk bereikbare groepen patiënten (Gezondheidsraad, 2004). De vrees dat de GGZ als verlengstuk van overlastbestrijders zou gaan functioneren werd ook geuit (Hezewijk, 2005). “Een geneesheer directeur moet zijn psychiaters adviseren dit experiment met zeer grote terughoudendheid te bezien”, aldus van Hezewijk in zijn opinie. Een ander punt van zorg was dat zorgwekkende zorgmijders nog verder van de hulpverlening konden gaan afkeren (Roode, 2002). Ook de mogelijke frictie met artikel 5 uit het EVRM werd aangehaald (Keurentjes, 2002). De observatiemachtiging ondervond dus weerstand, hoewel ook positief commentaar was te horen. Van Veldhuizen noemt als voordelen: de observatiemachtiging kan – door de ruimere opnamecriteria – een meer preventieve waarde hebben met betrekking tot gevaar dan een ‘gewone’ RM, de observatiemachtiging is – qua opnameduur - een lichter middel dan een gewone RM en de observatiemachtiging kan een nuttige opstap zijn naar een voorwaardelijke RM (Veldhuizen, 2003). Daarnaast was van Veldhuizen minder bezorgd over eventueel misbruik van de maatregel. Hij betoogde dat door de te volgen juridische procedure (toetsing door een rechter en de ondersteuning van de cliënt door een raadsman) en het ingeperkte gevaarscriterium (alleen gevaar voor de betrokkene zelf) het risico op misbruik niet voor de hand zou liggen.

Van amendement naar de Wet Bopz

De observatiemachtiging werd door alle betrokken partijen dus uiterst kritisch gevolgd. Er werden de nodige wijzigingen in het amendement doorgevoerd naar aanleiding van de debatten in de Tweede kamer (Tweede Kamer, vergaderjaar 200-2001, 27 289, nr. 18;

Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 24; Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, nr. 29; Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, nr. 31). Een belangrijke wijziging was een amendement van Van der Hoek en Passtoors (Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, nr. 29). Hierin koppelden zij een horizonbepaling aan de observatiemachtiging. Deze bepaling hield in dat twee jaar na de inwerkingtreding van de observatiemachtiging een verslag naar de Staten-Generaal zou worden gestuurd over de doeltreffendheid en effecten van de maatregel. Een jaar na het uitbrengen van het genoemde verslag zal de observatiemachtiging automatisch komen te vervallen, tenzij bij algemene maatregel van bestuur anders zal worden bepaald. Hiermee kwamen Van der Hoek en Passtoors deels tegemoet aan de kritiek van de Tweede Kamer. In een brief van 18 december 2002 stemde de toenmalige staatssecretaris van het Ministerie van VWS in met de horizonbepaling:

Dit brengt met zich mee dat wordt gekozen voor de in de wet van 13 juli 2002 (Stb. 2002, 431) vastgelegde tijdelijk inwerkingtreding van de observatiemachtiging, die gedurende die periode geëvalueerd zal worden (artikelen VI en VII). (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 27 289, nr. 40)

Uiteindelijk bleek er een kamermeerderheid voor het amendement over de observatiemachtiging te zijn, waarmee de maatregel onderdeel werd van het wetsvoorstel dat aan de Eerste Kamer werd aangeboden. Het wetsvoorstel werd door de Eerste Kamer aangenomen (Handelingen 2001-2002, Eerste Kamer, nr. 35, pag. 1715-1717). De observatiemachtiging was klaargestoomd voor uitvoering in de praktijk. Het duurde echter nog geruime tijd voordat de maatregel in werking trad. Hier lag een discussie aan ten grondslag over de praktische (on)uitvoerbaarheid van de observatiemachtiging. Artikel 40 van de Wet Bopz was immers niet van toepassing verklaard, zodat de bewegingsvrijheid van patiënten met een observatiemachtiging niet kon worden beperkt. In de hierboven genoemde brief van de toenmalige staatssecretaris van het Ministerie van VWS werd aangegeven dat de observatiemachtiging vermoedelijk in het voorjaar van 2003 in werking zou treden (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 27 289, nr. 40). Het bleek echter dat er met betrekking tot de observatiemachtiging technische onvolkomenheden in de wetswijziging zaten. In een brief aan de Tweede Kamer merkte de toenmalige Minister van VWS hierover het volgende op:

Voor de observatiemachtiging betreft dit onder meer het feit dat een persoon aan wie een observatiemachtiging is verleend, niet in zijn recht op bewegingsvrijheid in en rondom het psychiatrisch ziekenhuis kan worden beperkt, zodat de betrokkene bijvoorbeeld niet binnen het terrein van de psychiatrische instelling [...] zou kunnen worden gehouden. (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 27 289, nr. 41)

Hierop is een wetswijziging ingediend ter reparatie van de technische onvolkomenheden. Op 3 maart 2005 werd in het Staatsblad de wetswijziging geplaatst (Staatsblad, jaargang 2005, 95). Op 18 oktober 2005 werd in het Staatsblad bekend gemaakt dat de observatiemachtiging per 1 januari 2006 in werking zou treden (Staatsblad, jaargang 2005, 492).

1.3 Arrest van de Hoge Raad

In 2006 is een beroep in cassatie ingesteld tegen de uitspraak van de rechtbank Rotterdam om een observatiemachtiging te verlenen. De Hoge Raad verklaarde de verzoekster niet-ontvankelijk in haar beroep (15 december 2006), maar maakte hierbij wel een opmerking die van invloed zou zijn op toekomstige verzoeken voor een observatiemachtiging (de volledige tekst n.a.v. het beroep is te vinden in bijlage 4).

Een observatiemachtiging als bedoeld in art. 14h Wet Bopz strekt volgens het tweede lid van dat artikel ertoe te onderzoeken of een stoornis van de geestvermogens aanwezig is en of de stoornis de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. De machtiging kan worden verleend indien, zoals het eerste lid van art. 14h bepaalt, het ernstig vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. Ingevolge art. 14h lid 4 moet bij een verzoek om verlening van een observatiemachtiging een geneeskundige verklaring als in dat artikel bedoeld worden overgelegd, waaruit blijkt dat een geval als bedoeld in het eerste lid zich voordoet. Dit in aanmerking nemende, en mede rekening houdende met de omstandigheid dat een observatiemachtiging volgens lid 3 van art. 14h niet langer dan drie weken kan gelden, acht de Hoge Raad verlening van een observatiemachtiging in verband met art. 5 EVRM³ slechts aanvaardbaar, indien op grond van de overgelegde medische verklaring met voldoende zekerheid kan worden aangenomen dat de betrokkene aan een, in het kader van de observatie nader te onderzoeken, stoornis van de geestvermogens lijdt, en het ernstige vermoeden bestaat dat die stoornis hem gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. Het middel betoogt in zoverre terecht dat art. 14h met de voorwaarde dat het ernstig vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken, de gevallen waarin een observatiemachtiging kan worden verleend ruimer omschrijft dan strookt met art. 5 EVRM.

Wat hield deze uitspraak nu in voor de uitvoering van de observatie machtiging? In een nieuwsbrief van het parket Rotterdam (Expertisecentrum Medische Zaken) van 4 januari 2007 wordt dit als volgt samengevat (het volledige artikel is opgenomen in bijlage 5 (Eeken - de Vos & Eykelen, 2007):

Dit is derhalve minder ruim dan de in art. 14h Wet Bopz gestelde voorwaarde dat het ernstig vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. In plaats van slechts een "ernstig vermoeden" dient naar het oordeel van de Hoge Raad "met voldoende zekerheid te kunnen worden aangenomen" dat sprake is van een geestelijke stoornis.

Het eerste criterium van de observatiemachtiging werd door de uitspraak van de Hoge Raad dus aangescherpt. De oorzaak van deze aanscherping – de mogelijke strijdigheid van de observatiemachtiging met artikel 5 uit het EVRM - was in het politieke debat rondom de observatiemachtiging al aan de orde gesteld, maar toen nog zonder al te grote gevolgen.

³ Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens.

1.4 Het rapport

Het rapport geeft de resultaten weer van het onderzoek dat tussen januari 2006 en december 2007 is uitgevoerd door het Trimbos-instituut. Gedetailleerde informatie over de gebruikte onderzoeksopzet en –methoden worden beschreven in hoofdstuk 2. De hoofdstukken 3 en 4 zijn gereserveerd voor het bespreken van de resultaten die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. Hierbij wordt gekeken naar de praktijkervaringen met de observatiemachtiging (hoofdstuk 3) en naar de meningen van verschillende betrokken partijen over de observatiemachtiging (hoofdstuk 4). Tenslotte worden de gevonden resultaten in het licht van de gestelde onderzoeksvragen bekeken en volgt een beschouwing (hoofdstuk 5).

2 Het onderzoek

2.1 Doel- en vraagstellingen

Doel van de evaluatie was het verkrijgen van inzicht in de werking van de observatiemachtiging in de praktijk en de (neven)effecten ervan voor de betrokken persoon en de hulpverlening. Hierbij is uitgegaan van de volgende vraagstellingen⁴:

5. Hoeveel observatiemachtigingen worden er in een periode van twintig maanden (startdatum: 1 januari 2006) afgegeven en wat zijn de kenmerken ervan?
6. Welke personen krijgen een observatiemachtiging en komt deze bereikte groep overeen met de beoogde doelgroep van de maatregel?
7. Hoe werkt de observatiemachtiging in de praktijk en wat is het verloop?
8. Wat zijn de (neven)effecten van de observatiemachtiging volgens betrokken personen zelf, hun naasten en betrokken hulpverleners?

Elk van de genoemde hoofdvragen valt uiteen in een aantal subvragen:

Ad 1 Aantal en kenmerken van observatiemachtiging

- Van wie komt het verzoek voor een observatiemachtiging?
- Wat zijn de redenen voor het verlenen van een observatiemachtiging? Hoe vaak speelde overlast op straat een rol?
- Wat is de duur van de observatiemachtiging?

Ad 2 Kenmerken en situatie van personen, onderscheiden naar verzochte en verleende observatiemachtigingen:

- Wat is het socio-demografische profiel?
- Zijn er geestesstoornissen, en zo ja, welke?
- Wat is het ziektebesef?
- Wat is het gevaar voor zelf en/of anderen?
- Wat is de kwaliteit van leven van betrokken personen en wat is hun vroegere en actuele zorggebruik?

Ad 3 Werking en verloop van observatiemachtiging:

- Wat houdt de observatie tijdens de opname in?
- Geven betrokken personen toestemming voor behandeling en begeleiding?
- Worden tijdens de observatie de gronden voor een eventuele voorlopige of voorwaardelijke machtiging nader onderzocht en geformuleerd?
- Welke behandeling en begeleiding worden geboden tijdens en na afloop van de opgelegde observatiemachtiging?

Ad 4 Effecten en neveneffecten van de observatiemachtiging:

- Wat is het resultaat van de observatiemachtiging in termen van vrijwillige of gedwongen voortzetting van de hulpverlening of van het niet continueren van de hulpverlening? Zijn de mogelijkheden voor hulpverlening door de observatiemachtiging verbeterd?

⁴ De onderzoeksvragen en de opzet van het onderzoek waren vooraf al door het Parlement vastgesteld (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 27 289, nr. 40). Dit is de basis geweest van de vragen en methodieken die in dit hoofdstuk worden besproken.

- Wat zijn de positieve en negatieve (neven)effecten van de observatiemachtiging volgens de betrokken personen zelf, hun naasten en betrokken hulpverleners? Hoe staat het in dit verband tijdens en na de observatiemachtiging met:
- De houding van betrokken personen ten opzichte van de hulpverlening
- De werkrelatie tussen betrokken personen en hulpverleners

2.2 Werkplan en onderzoeksactiviteiten

In deze paragraaf worden voor de vier hoofdvragen van het onderzoek de voorgenomen onderzoeksactiviteiten uitgewerkt. Hierbij gelden de volgende meetmomenten:

- T0: de periode tot en met de oplegging van de observatiemachtiging door de rechter;
- T1: de start van de maatregel, dat is een opname in een GGZ-instelling;
- T2: het einde van het verblijf in de GGZ-instelling vanwege de opgelegde maatregel en;
- T3: drie maanden na beëindiging van de maatregel.

Vraag 1: Observatiemachtiging: aantal en kenmerken

Gegevens over aantallen en kenmerken van de verleende observatiemachtigingen werden verzameld via de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), voor een periode van 22 maanden vanaf de inwerkingtreding van de maatregel. Een contactpersoon bij de IGZ verstreekte de onderzoekers wekelijks een overzicht van de geregistreerde observatiemachtigingen.

Verder werden bij de arrondissementsparketten in Nederland contactpersonen gebeld (Bopz/Medisch Officieren van Justitie) met vragen om informatie over verzochte, verleende en niet-verleende observatiemachtigingen. Hierbij stelden interviewers – die vooraf waren geïnstrueerd door een onderzoeker – enkele open vragen over de ervaringen die de contactpersonen hadden opgedaan met de observatiemachtiging en de mening die zij over de machtiging hadden (zie tabel 2.1 voor enkele voorbeeldvragen). In totaal werden per contactpersoon maximaal drie interviews afgenomen⁵

De interviews werden opgenomen, uitgewerkt en systematisch geanalyseerd. Voor de analyses werd MAXqda2 gebruikt.

Tabel 2.1 Voorbeeldvragen telefonische interviews contactpersonen arrondissementsparketten

<i>Ervaringen met de observatiemachtiging</i>	<i>Meningen over de observatiemachtiging</i>
Hoe is uw ervaring met de observatiemachtiging tot nu toe? Wat loopt goed? Wat loopt minder goed?	Wat vindt u van de informatievoorziening over de observatiemachtiging bij de inwerkingtreding van deze maatregel?
Beschikt u doorgaans over voldoende informatie om de afweging te kunnen maken tot het verzoeken van een observatiemachtiging? Zo nee, hoe voorziet u in de ontbrekende informatie?	Wat is op dit moment uw mening over de observatiemachtiging?
Waar let u/de Officier van Justitie op bij de afweging om een observatiemachtiging wel of niet aan te vragen? Wat zijn de argumenten?	Is uw mening over de observatiemachtiging in de afgelopen tijd (denk aan laatste jaar) gewijzigd? Wat heeft bijgedragen aan het veranderen van uw mening?

⁵ Omdat niet alle arrondissementsparketten al vanaf het begin bij het onderzoek waren betrokken, zijn enkele contactpersonen minder dan drie keer benaderd voor een telefonisch interview. Daarnaast bleek dat de tweede en derde interviewrondes weinig nieuwe gegevens opleverden. Dit had vooral te maken met het geringe aantal observatiemachtigingen. De meeste contactpersonen kregen hierdoor weinig met de maatregel te maken in hun werkzaamheden. In de resultaten wordt daarom uitgegaan van de informatie die de eerste ronde heeft opgeleverd.

Ook werd de contactpersonen bij de arrondissementsparketten gevraagd een schriftelijke vragenlijst in te vullen. Voor iedere observatiemachtiging waar het arrondissementsparket mee te maken kreeg, werd een aparte vragenlijst ingevuld. In deze lijst werden onder meer vragen gesteld over:

- Sociaal demografische kenmerken van de betrokkene
- De status van de machtiging (verzocht, verleend, afgewezen)
- De aanvrager en de aanvraagprocedure
- De doelen waarvoor de machtiging was aangevraagd
- Het gevaar dat betrokkene veroorzaakt
- De voorlopige psychiatrische diagnose
- Welke mogelijkheden waren benut om een gedwongen opname af te wenden

Vraag 2: Personen met een observatiemachtiging

Om te kunnen bepalen in hoeverre de met de maatregel bereikte groep overeen kwam met de beoogde doelgroep van de observatiemachtiging, werd van de laatstgenoemde groep een beschrijving gemaakt op basis van relevante stukken. Schriftelijke vragenlijsten bij contactpersonen in de GGZ-instellingen zijn verstuurd om inzicht te krijgen in de aard van de bereikte groep.

Schriftelijke vragenlijsten

Contactpersonen bij GGZ-instellingen werd gevraagd een schriftelijke vragenlijst in te vullen. Voor iedere observatiemachtiging waar de instelling mee te maken kreeg, vulde men een aparte vragenlijst in. In deze lijst kwamen vragen aan bod over:

- Sociaal demografische kenmerken van de patiënt
- De verblijfplaats van de patiënt bij binnenkomst in de instelling en na afloop van de maatregel
- Het gevaar dat de patiënt veroorzaakt
- De kwaliteit van leven van de patiënt
- Het dagelijks functioneren van de patiënt (inschatting met de Global Assessment of Functioning Scale)
- Vastgestelde psychiatrische diagnose

Vragen 3 en 4: Werking, verloop en (neven)effecten van de observatiemachtiging

Gegevens over werking, verloop en (neven)effecten van de observatiemachtiging werden verkregen uit:

- Telefonische interviews met contactpersonen in de GGZ-instellingen
- Telefonische interviews met contactpersonen bij de arrondissementsparketten
- Schriftelijke vragenlijsten bij contactpersonen in de GGZ-instellingen
- Schriftelijke vragenlijsten bij contactpersonen bij de arrondissementsparketten

Telefonische interviews

Naast de eerder genoemde telefonische interviews met contactpersonen bij de arrondissementsparketten, werden ook contactpersonen bij GGZ-instellingen telefonisch benaderd. Met deze contactpersonen werden in totaal maximaal drie telefonische interviews afgenomen. Het betrof medewerkers (meestal: geneesheer directeur, psychiater of eerste geneeskundige) van afdelingen waar mensen met een observatiemachtiging konden worden opgenomen.

De contactpersonen werden – net als de contactpersonen bij de arrondissementsparketten - gebeld met vragen over hun ervaringen met de observatiemachtiging. Ook werd gevraagd naar de meningen over de machtiging. In tabel 2.2 staan ter illustratie enkele vragen uit het interview.

Tabel 2.2 Voorbeeldvragen telefonische interviews contactpersonen GGZ-instellingen

<i>Ervaringen met de observatiemachtiging</i>	<i>Meningen over de observatiemachtiging</i>
Hoe is uw ervaring met de observatiemachtiging tot nu toe? Wat loopt goed? Wat loopt minder goed?	Wat vindt u van de informatievoorziening over de observatiemachtiging bij de inwerkingtreding van deze maatregel?
Hoe komen de patiënten met een observatiemachtiging doorgaans in het ziekenhuis terecht? En hoeveel tijd zit er doorgaans tussen de (formele) ingangsdatum van de observatiemachtiging en het moment dat de betreffende persoon in het ziekenhuis arriveert?	Wat is op dit moment uw mening over de observatiemachtiging?
Gaan patiënten vrijwillig naar het ziekenhuis nadat een observatiemachtiging is afgegeven? Wat gebeurt er als iemand niet vrijwillig naar het ziekenhuis wil gaan? Heeft dit invloed op het verblijf/de behandeling in het ziekenhuis en het contact met het personeel?	Is uw mening over de observatiemachtiging in de afgelopen tijd (denk aan laatste jaar) gewijzigd? Wat heeft bijgedragen aan het veranderen van uw mening?
Zijn er volgens u tijdens de opname van de patiënten met een observatiemachtiging voldoende mogelijkheden voor behandeling/begeleiding geweest?	
Wat voor activiteiten - met betrekking tot de patiënten met een observatiemachtiging - hebben gedurende de observatieperiode plaatsgevonden?	

Schriftelijke vragenlijsten

Voor iedere observatiemachtiging waar een GGZ-instelling mee te maken kreeg, werd een aparte vragenlijst ingevuld. Naast de eerder genoemde onderwerpen (zie de uitleg bij onderzoeksvraag 2), kwamen hierin vragen aan bod over:

- Wat hield de observatie tijdens de opnameperiode in
- Had de betrokken persoon toestemming gegeven voor de behandeling/begeleiding
- Was er een behandelingsplan en zo ja, wat waren de doelen daarvan
- Welke behandeling/begeleiding werd geboden
- Waren er voldoende mogelijkheden voor hulpverlening
- Wat was, na beëindiging van de observatiemachtiging, de volgende verblijfplaats van de betrokken persoon
- Wat was de houding van de betrokken persoon ten opzichte van de hulpverlening
- Hoe was de werkrelatie van de betrokken persoon met hulpverleners
- Het vervolg bij beëindiging van de observatiemachtiging: vrijwillige of gedwongen voortzetting van de hulpverlening of niet continueren van de hulpverlening.

Case Studies

In het kader van de case studies werd informatie verzameld bij personen die direct betrokken zijn bij dezelfde observatiemachtiging, namelijk de patiënt, een naaste uit zijn of haar directe omgeving en een hulpverlener. Aan deze actoren werden grotendeels dezelfde vragen over functioneren en situatie voorgelegd als aan de contactpersonen bij de ziekenhuizen. De verzamelde informatie had onder meer betrekking op dagelijks functioneren (GAF-score), kwaliteit van leven (scores op diverse leefgebieden) en medicatietrouw. Aanvullend werden gegevens vastgelegd over socio-demografisch profiel en vroeger en actueel zorggebruik. Gevraagd werd om een inschatting van deze aspecten te geven aan het einde van het verblijf van de persoon in de GGZ-instelling (T2) en drie maanden na beëindiging van de maatregel (T3).

Met de patiënten werden face-to-face interviews gehouden. Hierin vroeg de interviewer ook na welke naaste en welke hulpverlener konden worden benaderd voor het onderzoek. Als een patiënt hiervoor toestemming gaf, kregen deze naaste en de hulpverlener een vragenlijst toegestuurd die ze zelf in konden vullen⁶.

Patiënten die met een observatiemachtiging in een GGZ-instelling waren opgenomen, werden in eerste instantie door de contactpersonen voor deelname aan een interview benaderd. Zij werden mondeling op de hoogte gesteld van het doel, de opzet en relevantie van het onderzoek (hiervoor gebruikten de contactpersonen een informatieblad voor patiënten, zie bijlage 6) en de maatregelen die waren genomen om hun privacy te beschermen (waarborgen van privacy, zie bijlage 7). De betreffende patiënten kregen deze informatie van de contactpersonen ook op papier. De patiënten hadden een week (7 dagen) bedenktijd voordat ze een definitief besluit namen over deelname aan het onderzoek. Als een patiënt wilde deelnemen aan het onderzoek, dan brachten de contactpersonen de onderzoekers hiervan op de hoogte. Nadat de melding bij het Trimbos-instituut was binnen gekomen, werd door één van de onderzoekers een interviewer ingeschakeld. Deze nam vervolgens contact op met de contactpersoon in het GGZ-instelling, om vervolgens met de patiënt een datum af te spreken waarop het interview kon plaatsvinden.

In tabel 2.3 staat een schematisch overzicht van de gebruikte onderzoeksmethoden.

Tabel 2.3 Overzicht van de gebruikte onderzoeksmethoden, uitgewerkt per onderzoeksvraag.

Onderzoeksvraag	Methode	Bronnen
Vraag 1: Aantal en kenmerken O BSM^a	Telefonische Interviews Schriftelijke vragenlijsten Landelijke registraties: analyse gegevens	Officieren van Justitie Officieren van Justitie Inspectie voor de Gezondheidszorg
Vraag 2: Personen met O BSM^a (bereikte groep versus beoogde doelgroep)	Telefonische interviews Schriftelijke vragenlijsten	GGZ-medewerkers GGZ medewerkers
Vraag 3 + 4: Werking, verloop en (neven)effecten van O BSM^a	Telefonische interviews Schriftelijke vragenlijsten	GGZ-medewerkers GGZ-medewerkers

a. O BSM=Observatiemachtiging.

⁶ Gegeven het beschikbare budget was het niet mogelijk om met alle actoren op verschillende momenten mondelinge interviews te houden.

2.3 Problemen in de uitvoering

Niet alle onderdelen van het onderzoek verliepen volgens plan. Oorspronkelijk zouden gegevens worden verzameld in een steekproef van tien van de in totaal 19 arrondissementsparketten in Nederland. Dit zou gebeuren in drie blokken van vier maanden, verspreid over een periode van 20 maanden na inwerkingtreding van de maatregel (1 januari 2006). Het ging hierbij om:

Blok 1: maanden 4 t/m 7 (april 2006 t/m juli 2006)

Blok 2: maanden 10 t/m 13 (oktober 2006 t/m januari 2007)

Blok 3: maanden 17 t/m 20 (mei 2007 t/m augustus 2007)

Bij de start van het onderzoek was niet uit te sluiten dat het aantal observatiemachtigingen gering zou blijven. Aangezien het aantal verleende observatiemachtigingen van groot belang zou zijn voor de dataverzameling in het onderzoek, was vooraf besloten om negen tot twaalf maanden na de inwerkingtreding van de observatiemachtiging een pas op de plaats te maken in de uitvoering van het onderzoek. In september 2006 kwam de begeleidingscommissie bijeen en werd – gezien het geringe aantal verleende observatiemachtigingen op dat moment⁷ - het onderzoeksplan op de volgende punten gewijzigd:

- In plaats van dataverzameling in blokken, werd besloten over te stappen op continue dataverzameling⁸;
- Er werd afgezien van de steekproefsgewijze dataverzameling. Als zich binnen een arrondissementsparket een observatiemachtiging aandiende werden daar ook gegevens verzameld⁹.

In bijlage 8 is te zien welke arrondissementsparketten en GGZ-instellingen uiteindelijk aan het onderzoek hebben meegewerkt.

De case studies waren moeilijk uitvoerbaar. Hieraan lagen meerdere redenen ten grondslag. Ten eerste had de keuze voor steekproefsgewijze dataverzameling de situatie bemoeilijkt. Als gevolg hiervan waren niet alle GGZ-instellingen in beeld gebracht waar mensen zouden kunnen worden opgenomen. Er was dus geen landelijke dekking wat de GGZ-contactpersonen betreft. Het maken van een inhaalslag in het verzamelen van de ontbrekende connecties bleek dermate tijdsintensief dat dit door het onderzoeksteam niet tijdig kon worden bewerkstelligd. Hierdoor zijn potentiële respondenten buiten beeld gebleven. Verder bleek het erg lastig om snel te achterhalen in welke locatie iemand was geplaatst, waardoor veel patiënten niet op tijd konden worden benaderd. De korte duur van de observatiemachtiging maakte dat mensen regelmatig uit zicht waren verdwenen nog voordat de onderzoekers hadden achterhaald in welke GGZ-instelling ze opgenomen waren geweest. Bovendien weigerden de patiënten die wel werden benaderd regelmatig mee te werken aan het onderzoek. Daarnaast werd in diverse gevallen deelname aan het onderzoek ontraden door de verantwoordelijke hulpverleners. Zij achtten de betreffende personen niet in staat mee te

⁷ Er waren op dat moment in totaal 27 observatiemachtigingen verzocht. Hiervan werden er drie afgewezen. Het ging dus om 24 verleende observatiemachtigingen in een periode van ruim zeven maanden (peildatum voor de gegevens: 8 augustus 2006).

⁸ Alleen voor de telefonische interviews met contactpersonen bleef een totaal van drie interviews staan. Per blok van vier maanden zou een contactpersoon eenmaal geïnterviewd worden. Aangezien het – zowel voor de onderzoekers als voor de contactpersonen – ondoenlijk was om dit telefonische contact te intensiveren, is hier geen overstap gemaakt naar continue dataverzameling.

⁹ Het bleek in de praktijk niet haalbaar om de dataverzameling via telefonische interviews bij alle GGZ-instellingen in Nederland uit te voeren. Er is voor deze interviews vastgehouden aan de groep contactpersonen die ook in de beginfase van het onderzoek meewerkte.

werken aan een interview. Aggregatie van gegevens was niet zinvol, waardoor in het rapport de afgeronde interviews dan ook als vignetten worden gepresenteerd. Deze vignetten zullen alleen illustratief en niet representatief zijn.

3 De observatiemachtiging in de praktijk

Hoeveel observatiemachtigingen zijn aangevraagd en hoeveel daarvan zijn daadwerkelijk verleend? Zijn er veel afwijzingen geweest? Welke indrukken hebben de contactpersonen opgedaan die in hun werkzaamheden met de observatiemachtiging te maken hebben gehad? In dit hoofdstuk bespreken we de praktijkervaringen met de observatiemachtiging. De vier onderzoeksvragen zijn hierbij het uitgangspunt voor de opbouw van het hoofdstuk:

1. Aantallen en kenmerken:

Hoeveel observatiemachtigingen worden er in de periode tot en met september 2007 (startdatum: 1 januari 2006) afgegeven en wat zijn de kenmerken ervan?

2. Doelgroep:

Welke personen krijgen een observatiemachtiging en komt deze bereikte groep overeen met de beoogde doelgroep van de maatregel?

3. De activiteiten:

Hoe werkt de observatiemachtiging in de praktijk en wat is het verloop?

4. Effecten:

Wat zijn de (neven)effecten van de observatiemachtiging?

3.1 Aantallen en kenmerken

3.1.1 Registratiecijfers en dossieronderzoek

Sinds de start van de maatregel - 1 januari 2006 – zijn er 107 observatiemachtigingen aangevraagd¹⁰. Gedurende de looptijd van het project ontvingen de onderzoekers dossierstukken behorende bij de aangevraagde observatiemachtigingen. Het Expertisecentrum Medische Zaken van het arrondissementsparket Rotterdam verzamelde landelijk zoveel mogelijk (justitiële) documenten over observatiemachtigingen. Kopieën van deze documenten werden naar de onderzoekers van het Trimbos-instituut gestuurd. Niet alle dossiers die op deze manier werden verzameld bevatten evenveel informatie en ook niet voor alle observatiemachtigingen konden dossiers worden verzameld. Het Expertisecentrum was hiervoor volledig afhankelijk van de bereidheid van de overige arrondissementsparketten in Nederland om de stukken toe te zenden. De dataverzameling op dit gebied gebeurde op vrijwillige basis; de arrondissementen waren niet verplicht de documenten naar Rotterdam te sturen.

Doorgaans zijn in de dossiers in ieder geval de volgende stukken terug te vinden:

- De beschikking van de rechtbank
- Het verzoek van de Officier van Justitie
- De opgestelde geneeskundige verklaring

¹⁰ Peildatum: 19 november 2007. Het betreft de periode van januari 2006 tot en met oktober 2007.

In totaal is gekeken naar 98 dossiers van zowel verleende (79) als afgewezen (19) observatiemachtigingen (peildatum: 19 november 2007). Voor drie observatiemachtigingen waren geen dossiers beschikbaar. Dit leverde informatie op over procesmatige aspecten van de observatiemachtiging (wie vraagt een machtiging aan, hoe lang duurt het traject van aanvrager tot en met de beschikking) en over de achtergronden van de betrokkenen.¹¹

Respons schriftelijke vragenlijsten

Voor 67 van de 107 aangevraagde observatiemachtigingen ontvingen we een ingevulde vragenlijst van de arrondissementen (respons: 63%). Voor de arrondissementen Amsterdam, Alkmaar en Den Bosch was geen contactpersoon gevonden. In de eerste twee gevallen omdat het overige werk deelname aan het onderzoek niet toeliet. In Den Bosch is het niet gelukt een contactpersoon te vinden, ondanks herhaaldelijke verzoeken via e-mail en telefonisch contact. Voor de GGZ-instellingen was de respons een stuk lager: we ontvingen 24 ingevulde vragenlijsten, een respons van 28 procent, afgezet tegen het aantal *verleende* observatiemachtigingen.

Registratiecijfers

In tabel 3.1 is een overzicht opgenomen waarin het aantal behandelde observatiemachtigingen per arrondissementsparket wordt weergegeven. In totaal vonden 22 (21%) afwijzingen plaats. Het aantal verleende observatiemachtigingen komt hiermee dus op 85 (79%). In vrijwel alle arrondissementsparketten is wel een observatiemachtiging behandeld. Alleen het arrondissement Zwolle heeft geen verzoeken te verwerken gekregen. Gemiddeld genomen zijn er per arrondissement zo'n vier tot vijf observatiemachtigingen behandeld in de onderzoeksperiode (januari 2006 tot en met oktober 2007). Het arrondissement Utrecht is koploper wat betreft zowel het aantal aangevraagde als het aantal verleende observatiemachtigingen. Lelystad heeft met slechts één verzoek te maken gehad, dat ook nog eens is afgewezen. Hiermee zijn Lelystad en Zwolle de enige arrondissementsparketten zonder verleende observatiemachtiging.

¹¹ Het gebeurt regelmatig dat de cijfers in de tabellen niet optellen tot het totaal aantal aangevraagde of verleende observatiemachtigingen. In deze gevallen waren niet alle gegevens beschikbaar.

Tabel 3.1 **Overzicht van verzochte, verleende en afgewezen observatiemachtigingen, uitgewerkt per arrondissementsparket (N=107) ^{a, b}**

Arrondissement	Verleend		Afgewezen		Totaal
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n (100%)</i>
Utrecht	13	81	3	19	16
Almelo	8	100	-	-	8
Maastricht	8	100	-	-	8
Assen	7	88	1	12	8
Rotterdam	7	88	1	12	8
Den Haag	6	60	4	40	10
Leeuwarden	6	75	2	25	8
Arnhem	5	83	1	17	6
Amsterdam	5	83	1	17	6
Breda	4	100	-	-	4
Haarlem	4	100	-	-	4
's-Hertogenbosch	4	57	3	43	7
Groningen	2	50	2	50	4
Zutphen	2	67	1	33	3
Dordrecht	2	100	-	-	2
Middelburg	1	50	1	50	2
Alkmaar	1	50	1	50	2
Lelystad	-	-	1	100	1
Zwolle	-	-	-	-	-
Totaal	85	79	22	21	107

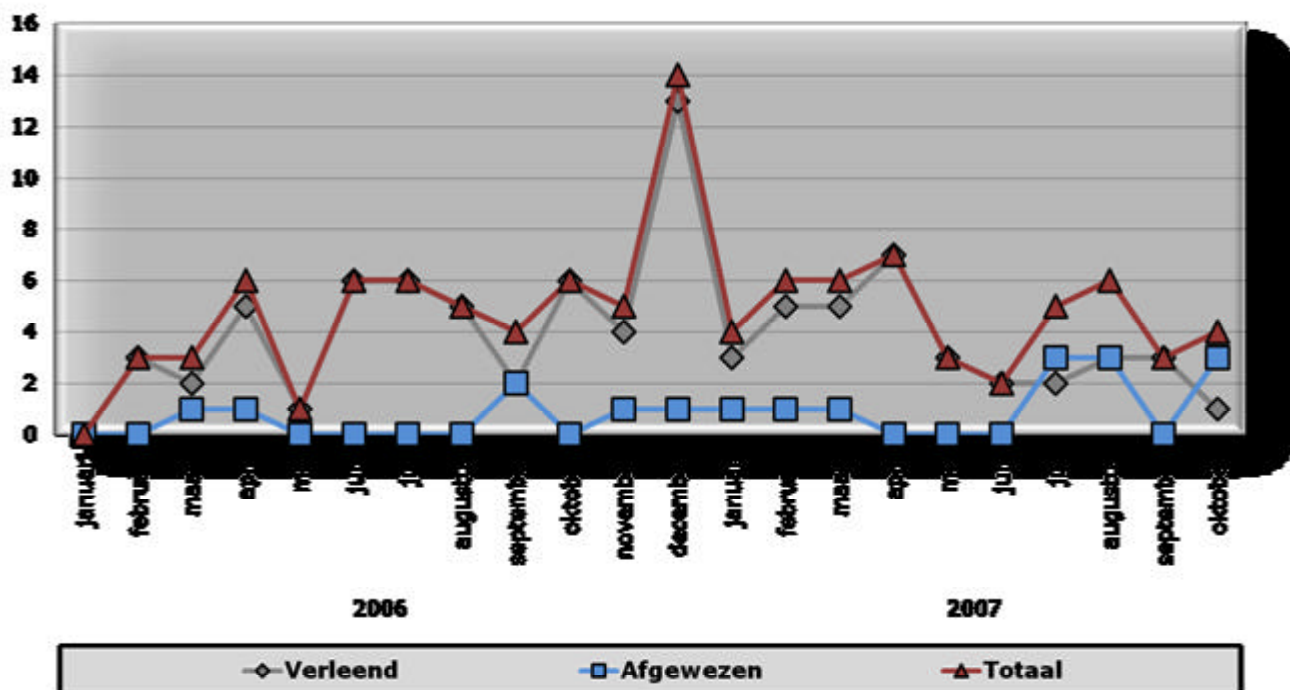
a. Peildatum: 19 november 2007.

b. Bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Als wordt gekeken naar het percentage verleende machtigingen, dan is te zien dat in vijf arrondissementsparketten de score 100% is (zie tabel 3.1). Het aandeel van de afwijzingen is in de meeste arrondissementsparketten aanzienlijk kleiner dan dat van de verleende machtigingen. In Groningen, Middelburg en Alkmaar is dit niet het geval (zie tabel 3.1).

In figuur 3.1 is uitgezet hoe het verloop van de observatiemachtiging over de tijd is geweest. Wat hierin opvalt is dat de eerste vijf maanden (januari tot en met mei 2006) een grillig verloop kenden wat betreft het aantal verzoeken. Na een aarzelend begin trad enige stabilisatie op en lag het aantal op zo'n vijf tot zes per maand (gemiddeld werden er tussen de vier en vijf machtigingen per maand behandeld). December is een uitschieter met veertien behandelde observatiemachtigingen.

Figuur 3.1 Aantal observatiemachtigingen per maand (periode januari 2006 tot en met oktober 2007)



Na december 2006 lijkt het maandcijfer weer terug te keren naar het niveau van de tweede helft van 2006 (december 2006 uiteraard niet meegerekend). Januari is een rustige maand met vier observatiemachtigingen. Februari en maart leveren ieder zes machtigingen op en april zeven machtigingen. Van november 2006 tot en met maart 2007 werd steeds één observatiemachtiging per maand afgewezen door de rechtbank. April tot en met juni 2007 leverden uitsluitend verleende machtigingen op. Ook is te zien in figuur 3.1 dat er vanaf april 2007 nauwelijks nog observatiemachtigingen werden verleend. In zijn totaliteit is het verloop van de observatiemachtiging gedurende de evaluatieperiode grillig te noemen.

De observatiemachtiging en overige Bopz-maatregelen

Zetten we de cijfers van de observatiemachtiging af tegen de overige Bopz-maatregelen, dan ontstaat het beeld dat in tabel 3.2 is te zien.

Tabel 3.2 **Overzicht van verzochte, verleende en afgewezen machtigingen in het kader van de Wet Bopz** ^{a, b, c}

Bopz Maatregel	Verleend		Afge wezen		Totaal
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>N (100%)</i>
VM	7 913	88	1 063	12	8 976
MVV	5 079	94	297	6	5 376
IBS	14 933	100	-	-	14 933
VWM	3 755	92	317	8	4 072
MEV	141	86	23	14	164
OBSM	85	79	22	21	107
Totaal	31 906	95	1 722	5	33 628

a. Observatieperiode: januari 2006 tot en met oktober 2007.

b. IBS: Inbewaringstelling, VM: Voorlopige Machtiging, MVV: Machtiging Voortgezet Verblijf, VWM: Voorwaardelijke Machtiging, MEV: Machtiging op Eigen Verzoek, OBSM: Observatiemachtiging.

c. Bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Direct valt op dat de observatiemachtiging maar een zeer beperkt aandeel heeft in het totaal aantal machtigingen. Alleen de Machtiging op Eigen Verzoek (MEV) levert vergelijkbare cijfers op. De observatiemachtiging neemt slechts 0,3 procent van alle machtigingen over de periode januari 2006 – oktober 2007 voor zijn rekening. Wat betreft het afwijzingspercentage scoort de observatiemachtiging het hoogst.

Verwijzingen: wie vraagt aan en wie ontvangt?

In tabel 3.3 geven we weer welke partijen betrokken zijn bij het begin van het traject.

Direct valt op dat de eerste verwijzingen met name vanuit de GGZ komen. In 63 van de 70 gevallen (90%) treedt de GGZ als eerste verwijzer op. In de overige gevallen wordt het traject in gang gezet door: de huisarts van de betrokkene (3 gevallen; 4%), de OGGZ (bemoezorgteams bijvoorbeeld) (1 geval; 1%), de ouders van de betrokkene (2 gevallen; 3%) en bij één observatiemachtiging (1%) zette de Officier van Justitie zelf het traject in gang.

Tabel 3.3 **Overzicht van eerste verwijzers en welke partijen de eerste verwijzing ontvangen (N=72) ^a**

	Eerste verwijzing naar:			
	Burgemeester (IBS)	GGZ	OvJ	Totaal
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>N</i>
Eerste verwijzer:				
GGZ	1		63	64
huisarts		3		3
OGGZ		1	1	2
ouders betrokkene		2		2
OvJ		1		1
Totaal	1	7	64	72

a. OvJ: Officier van Justitie; OGGZ: Openbare Geestelijke Gezondheidszorg.

De eerste verwijzingen zijn vooral gericht aan de Officier van Justitie (64 gevallen; 89%). De overige verwijzingen betreffen met name de GGZ (7 gevallen; 10%). In één geval (1%) was de aanvraag gericht aan de burgemeester, maar hiermee is ook direct duidelijk dat deze observatiemachtiging oorspronkelijk vanuit een ander traject (namelijk een aanvraag tot voortzetting IBS) was ingezet. Dit laatste punt geldt voor meerdere observatiemachtigingen. En hiermee maken we direct de overstap naar het volgende onderwerp: primair of subsidiair verzoek?

Primaire versus subsidiaire verzoeken

Niet alle observatiemachtigingen zijn in eerste instantie ook als zodanig aan de rechtbank verzocht. Het komt voor dat de Officier van Justitie bijvoorbeeld een VM aanvraagt, maar dat uiteindelijk toch een observatiemachtiging door de rechtbank wordt verleend. Van de 82 verleende observatiemachtigingen zijn er zestien (20%) niet als primair verzoek ingediend. Maar in tabel 3.4 is ook te zien dat dit niet automatisch betekent dat de observatiemachtiging altijd als subsidiair verzoek is ingediend: dit geldt namelijk voor iets minder dan de helft (zeven gevallen; 44%) van de zestien observatiemachtigingen uit tabel 3.4. Wat gebeurt er in de negen gevallen waarin we toch met een observatiemachtiging te maken krijgen, ook al is deze niet als primair of subsidiair verzoek ingediend? Het blijkt dat de rechtbank hierin een actieve rol speelt. In zes van de negen gevallen (67%) was de rechter van oordeel dat een observatiemachtiging een passender maatregel zou zijn dan het primaire verzoek. De wegen naar een observatiemachtiging zijn dus divers, al gaat het in het merendeel van de gevallen om een 'normaal' primair verzoek. In tabel 3.4 geven we een overzicht van alle gevallen waarin de observatiemachtiging niet als primair verzoek werd ingediend.

Tabel 3.4 Overzicht van observatiemachtigingen die niet als primair verzoek zijn ingediend (N=16)^a

	Observatiemachtiging subsidiair?		
	Ja	Nee	Totaal
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>N (100%)</i>
Machtiging tot voortzetting IBS	1	1	2
VM	5	6	11
Voortzetting IBS	1	-	1
VWM	-	1	1
VWM, subsidiair VM	-	1	1
Totaal	7	9	16

a. IBS: Inbewaringstelling, VM: Voorlopige Machtiging, VWM: Voorwaardelijke Machtiging.

Duur van het aanvraagtraject

We gingen ook na hoe lang het duurde voordat een observatiemachtiging definitief was toegewezen door de rechtbank. We onderscheidden binnen het traject de volgende twee markeringspunten:

1. Het verzoek aan de OvJ
2. Het verzoek van de OvJ aan de rechtbank

Voor deze twee fasen keken we naar de doorlooptijd en stelden zo de duur van het totale traject vast. Waarbij we onder het totale traject dus verstaan: de route van de eerste verwijzing in het dossier tot en met de beschikking van de rechtbank. Tabel 3.5 geeft een concreet beeld van de gemiddelde doorlooptijden (in dagen) zoals we die vaststelden vanuit de correspondentie in de dossiers.

Tabel 3.5 De gemiddelde duur van het aanvraagtraject voor een observatiemachtiging (in dagen) (N=72) ^{a, b}

		<i>M(SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Van:	Tot:			
Eerste verzoek	OvJ	4 (5)	0	23
Verzoek OvJ	Beschikking	11 (9)	0	42
Eerste verzoek	Beschikking	16 (10)	2	48

a. OvJ: Officier van Justitie.

b. M: Gemiddelde; SD: Standaarddeviatie.

Gemiddeld nam het zo'n twee weken in beslag om een observatiemachtiging rond te krijgen vanaf het moment dat een verzoek bij de Officier van Justitie werd neergelegd. Wat opvalt in tabel 3.5 is dat hier nogal wat spreiding in zit. De kortste doorlooptijd die we vonden was slechts twee dagen, maar daar tegenover staat dat het langst durende traject zo'n anderhalve maand in beslag nam. De tweede fase (het verzoek van de OvJ tot en met de beschikking) is hierbij de meest tijdrovende factor: gemiddeld twaalf dagen versus gemiddeld vijf dagen voor de eerste fase. Hoe deze doorlooptijd zich verhoudt ten opzichte van overige Bopz-maatregelen is onbekend.

Voor de duur van de observatiemachtiging zelf is gekeken naar de GGZ-vragenlijsten. Hierin is gevraagd naar de opnamedatum en naar de datum waarop de machtiging afliep. Helaas waren niet alle lijsten volledig ingevuld, waardoor uiteindelijk veertien van de 24 vragenlijsten overbleven voor analyse. Daarnaast bleek dat in sommige gevallen de einddatum van de observatiemachtiging niet juist was ingevuld¹². Er was op dit punt dus weinig informatie voorhanden, die bovendien ook onbetrouwbaar was. Uit de registratiecijfers van de IGZ kon indirect wel enige informatie worden afgeleid over de duur van de observatiemachtiging:

- Bij zes mensen werd de observatiemachtiging binnen drie weken afgebroken. In twee gevallen kwam er een VM voor in de plaats (8 en 10 dagen na de start van de observatiemachtiging), de overige vier werden gevolgd door een IBS (4, 14, 18 en 19 dagen na de start van de observatiemachtiging).
- Bij een groep van zestien mensen ging tot 14 dagen na beëindiging van de reguliere opnameperiode (21 dagen) een vervolgmaatregel van start. Of de observatiemachtiging voor al deze mensen door is blijven lopen in de overbruggingsperiode is niet bekend.
- Voor 24 mensen werd de vervolgmaatregel minimaal 15 dagen na afloop van de observatiemachtiging gestart (de langste 'wachttijd' bedroeg 416 dagen).
- De overige 39 mensen kregen niet te maken met een vervolgmaatregel.

¹² In de registratiecijfers van de IGZ was ook opgenomen of mensen een vervolgmaatregel opgelegd hadden gekregen en met ingang van welke datum dit was gebeurd. In enkele gevallen was er een discrepantie tussen de opgegeven einddatum van de observatiemachtiging (in de vragenlijst) en de begindatum van een vervolgmaatregel in het registratiesysteem van de IGZ.

3.1.2 Kwalitatieve gegevens

In de telefonische interviews met contactpersonen bij de arrondissementsparketten stelden we vragen over de achtergronden bij een observatiemachtiging. Zoals in hoofdstuk twee is beschreven voerden we drie gesprekken met iedere contactpersoon. Uit de eerste gespreksronde (april t/m juli 2006) kwam het volgende naar voren. In totaal werd met 13 mensen gesproken, waarvan er zeven (54%) al te maken hadden gehad met de observatiemachtiging.

Ervaringen met de observatiemachtiging

De contactpersonen kregen eerst een algemene vraag voorgelegd. Wat waren hun ervaringen met de observatiemachtiging? Wat ging goed en wat ging slecht? Op deze vragen zijn de meeste antwoorden neutraal. Op zich is dit niet vreemd: de observatiemachtiging was nog niet zo erg lang van kracht en er werd sowieso nog niet veel gebruik van gemaakt. Wat waren de positieve ervaringen die de contactpersonen noemden? Eén van de twee contactpersonen vertelde dat alles rondom de observatiemachtiging gewoon goed was verlopen, zowel in de aanbieding vanuit de GGZ als in de afronding door de rechtbank. De tweede contactpersoon wist te melden dat een patiënt die met een observatiemachtiging was opgenomen later op vrijwillige basis een behandeling was ingegaan.

De negatieve ervaringen hadden vooral betrekking op het geringe aantal verzoeken voor de observatiemachtiging tot dan toe. Eén van de contactpersonen gaf hierbij aan dat er toch vooral gebruik werd gemaakt van de IBS en de voorlopige RM. Bovendien had hij het idee dat psychiaters er nog niet helemaal uit waren wat wel en niet mogelijk was met de observatiemachtiging.

Voldoende achtergrondinformatie voor de aanvraag?

De contactpersonen kregen ook de vraag voorgelegd of de Officier van Justitie (OvJ) doorgaans over voldoende informatie beschikt om over te kunnen gaan tot het verzoeken van een observatiemachtiging. Zonder uitzondering werd hierop positief geantwoord. Deze informatie betreft doorgaans de geneeskundige verklaring en in sommige gevallen een behandelplan. Persoonlijk overleg tussen de betrokken medewerkers van het OM en de GGZ wordt door één van de contactpersonen ook genoemd. Zij zegt hierover het volgende:

Ja goed, je hebt natuurlijk aan de ene kant zeg maar de informatie die je nodig hebt om de casus te beoordelen. Gewoon de informatie die betrekking heeft op de persoon, die staat natuurlijk voor een belangrijk deel al in de stukken die je krijgt.

Dan vind ik het, ja zeker bij zo'n nieuwe machtiging als de observatiemachtiging, wel prettig om daar even over te praten met de aanvrager. Vaak vindt de aanvrager dat zelf ook al, dus die heeft dan van tevoren al even met mij gebeld om te overleggen wat nou een goede in te steken weg zou zijn. [Interviews AP Blok 1: AP 2006-07-06 (16), 38-40]

Andere aandachtspunten die de contactpersonen in dit verband noemden waren bijvoorbeeld advisering vanuit de GGZ: welke afwegingen zijn er gemaakt om tot de aanvraag bij het OM te komen? Ook wordt door de Officieren van Justitie scherp gelet op het gevaarscriterium waarop de aanvraag is gebaseerd. Ook geeft één van de contactpersonen aan dat zij bij de verzoeken nagaat of het niet toch al een "artikel 2" (voorlopige RM) zou kunnen zijn.

Afwijzingen van verzoeken

Het gebeurt niet vaak dat een OvJ zelf een aanvraag voor een observatiemachtiging afwijst. In de twee gevallen waarin van afwijzing door de Officier sprake was, ging het in één geval om een incomplete aanvraag. Dit punt is niet specifiek gebonden aan de observatiemachtiging, maar kan bij iedere Bopz-aanvraag spelen, aldus de contactpersoon. Ook een onduidelijke aanvraag kan bij deze contactpersoon tot een afwijzing leiden.

Ja, volgens mij hebben we dat wel een tijdje geleden gehad, een observatiemachtiging die niet compleet was. Dan moet ik zeggen dat dat wel in alle gevallen kan gelden, voor BOPZ verzoeken. Dat er toch wel het een en ander hapert. Dat het niet volledig is, of onduidelijk. Om nog maar te zwijgen van de opgeschreven geneeskundige verklaring natuurlijk. [Interviews AP Blok 1: AP 2006-07-03 (5), 38-41]

De tweede afwijzing had te maken met de geschiktheid van de observatiemachtiging in de betreffende situatie. De betrokken OvJ was van oordeel dat een andere Bopz-maatregel meer van toepassing zou zijn.

[...] ik heb dus wel één keer in zo'n overleg van te voren - waar ik door de psychiater gebeld word - gezegd: nou, volgens mij is dit hem gewoon niet en kun je hier met een andere machtiging toe. [...] deze meneer die had toch uiteindelijk toch zo'n verleden al - waarin die ook best veel al opgenomen was geweest - dat het helemaal niet onduidelijk was wat hij mankeerde. En dan zou je zelfs een afwijzing van dat verzoek [voor een observatiemachtiging, LH] kunnen krijgen. [Interviews AP Blok 1: AP 2006-07-06 (16), 63-68]

3.2 Doelgroep

Welke doelgroep is nu precies bereikt met de observatiemachtiging? Is de machtiging überhaupt wel aan een homogene doelgroep te koppelen? Hieronder passeren verschillende kenmerken van de bereikte doelgroep de revue.

Sociaaldemografische gegevens

Van de 67 observatiemachtigingen waarover vanuit de arrondissementsparketten vragenlijsten zijn terug gekomen, gaat het in bijna tweederde van de gevallen om alleenstaande mensen (61%). De etnische herkomst is voor ruim de helft van de groep (51%) onbekend. De grootst herleidbare groep is van Nederlandse afkomst (42%).

Uit de ontvangen geneeskundige verklaringen blijkt dat vooral vrouwen (61%) met de observatiemachtiging te maken hebben gehad. De gemiddelde leeftijd ten tijde van de observatiemachtiging is 48 jaar, waarbij de gemiddelde leeftijd van de mannen lager ligt dan die van de vrouwen, respectievelijk 43 en 52 jaar. De spreiding in leeftijd is groot: de jongste persoon die met een observatiemachtiging te maken heeft gehad is 13 jaar, de oudste 92 jaar. Tabel 3.6 geeft een overzicht van deze demografische gegevens.

Tabel 3.6 Het aantal mannen en vrouwen dat te maken heeft gehad met de observatiemachtiging en de leeftijdsgegevens van beide groepen^a

	Aantal		Leeftijd		
	<i>n</i>	%	<i>M (SD)</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Man	32	39	43 (20)	15	82
Vrouw	52	61	52 (22)	13	92
Totaal	84	100	48 (21)	13	92

a. M: Gemiddelde; SD: Standaarddeviatie.

Het blijkt dat ruim driekwart (79%) van de personen in een eigen woonruimte verbleef voorafgaand aan de machtiging. Hiermee is niet automatisch gezegd dat de rest van de groep niet over een vaste woon- of verblijfplaats beschikte en dus op straat zwierf. Vier mensen (6%) beschikten wel over een eigen woonruimte, maar verbleven voorafgaand aan de observatiemachtiging al in een GGZ-instelling. In drie gevallen (5%) ging het om jongeren die nog bij hun ouders woonden en één persoon (1%) verbleef in een algemeen ziekenhuis voorafgaand aan de observatiemachtiging. Zeven mensen (10%) beschikten niet over een vaste woon- of verblijfplaats. Eén persoon uit deze groep zat in detentie en een ander verbleef al in een GGZ-instelling op het moment dat de observatiemachtiging was aangevraagd.

Situaties en achtergronden

Uit de geneeskundige verklaringen maakten we op dat het merendeel van de personen zelfstandig woont, maar – waarschijnlijk als gevolg van een psychiatrische stoornis – hier eigenlijk niet toe in staat is. Veel mensen vervuilen de woning, verwaarlozen zichzelf en zijn niet (meer) in staat een geregeld leven te leiden. Het gevaar van maatschappelijke teloorgang en ernstige verwaarlozing spelen vaak een prominente rol. Kenmerkend is ook dat het grootste deel van de groep alle contact met anderen afhoudt. Hulpverleners staan dus vaak letterlijk voor een gesloten deur. De observatiemachtiging wordt ingezet voor zogenaamde zorgwekkende zorgmijders. Dit is in lijn met de doelgroep die de makers van de observatiemachtiging voor ogen hadden. De op straat levende zorgmijders blijven echter grotendeels buiten beeld. Met de observatiemachtiging richt men zich hoofdzakelijk op zorgmijders die over eigen woonruimte beschikken.

Overlast speelt een belangrijke rol bij de observatiemachtiging, maar geen centrale rol zoals vooraf door veel partijen werd gevreesd. De verwaarlozing en vervuiling leveren in veel gevallen gevaar voor maatschappelijke teloorgang op, dat meer concreet neer komt op (dreigende) huisuitzetting. De overlast die de betrokkenen veroorzaken speelt hierin een belangrijke rol, maar het is niet de primaire factor in het proces. Het is vooral de combinatie van (zelf)verwaarlozing, vervuiling en geen geregeld leven kunnen leiden die de maatschappelijke teloorgang in de hand werkt. Post wordt niet meer open gemaakt, financiën worden niet meer geregeld. De betrokkenen weigeren ieder contact met de hulpverlening. Dit alles zorgt voor een onhoudbare situatie waarvoor de observatiemachtiging een laatste uitweg kan zijn om weer met de mensen in contact te komen. De twee doelen waarmee de observatiemachtiging voornamelijk wordt aangevraagd zijn:

- Weer met de mensen in contact komen om zo het dreigende gevaar tegen te gaan

- De mensen in een klinische setting te krijgen, zodat goede diagnostisering mogelijk is en kan worden vastgesteld wat er precies aan de hand is

Hieronder bespreken we kort wat de dossiers hebben opgeleverd over de drie hoofdpunten uit de geneeskundige verklaring: het gevaarscriterium, de vermoedelijke psychiatrische stoornis en de eerder ondernomen afwendingsmogelijkheden.

Gevaarscriterium

De geneeskundige verklaringen geven zicht op de gevaarscriteria die bij de observatiemachtiging een rol spelen. Tabel 3.7 geeft een overzicht. Maatschappelijke teloorgang blijkt het belangrijkste gevaarscriterium te zijn: in 43 procent van de gevallen krijgt dit criterium de prioriteit. Het gevaar voor zelfverwaarlozing volgt op korte afstand met 36 procent. Opvallend is dat de agressie die de betrokkenen mogelijk tegen zichzelf oproepen nauwelijks als belangrijkste gevaar wordt gezien, dit geldt voor slechts drie procent van de verleende (en bestudeerde) machtigingen.

Tabel 3.7 Het belangrijkste gevaarscriterium zoals dat is gevonden in de geneeskundige verklaring (N=69)

Gevaarscriterium	<i>n</i>	%
Dat betrokkene maatschappelijk ten onder gaat	30	43
Dat betrokkene zichzelf ernstig zal verwaarlozen	25	36
Dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen	12	17
Dat betrokkene door zijn hinderlijk gedrag, agressie van anderen tegen zichzelf zal oproepen	2	3
Totaal	69	100

Stoornis van de geestvermogens

Met welke (vermoedelijke) diagnoses hebben we te maken als het om de observatiemachtiging gaat? Ook hierover verschaffen de geneeskundige verklaringen meer duidelijkheid. Als op de geneeskundige verklaring meerdere stoornissen zijn ingevuld, dan beperken we ons in dit verslag tot de belangrijkste diagnose, zoals die ook op de geneeskundige verklaring is aangegeven door de beoordelend psychiater.

Uit tabel 3.8 is af te lezen dat twee stoornissen vaak als belangrijkste diagnose worden aangemerkt: de overige psychotische stoornissen nemen bijna een kwart van alle diagnoses voor hun rekening en schizofrenie wordt vermoed in een vijfde van de observatiemachtigingen.

Tabel 3.8 De belangrijkste (vermoedelijke) psychiatrische stoornis zoals deze is gevonden in de geneeskundige verklaring (N= 62)

Psychiatrische stoornis	<i>n</i>	%
Overige (incl. ongespecificeerde) psychotische stoornissen	14	23
Schizofrenie	12	19
Waanstoornissen	8	13
Dementieën	5	8
Stoornissen door gebruik van middelen	5	8
Overige (incl. ongespecificeerde) organische hersensyndromen	4	6
Stoornissen tot uiting komend in kindertijd/adolescentie	4	6
Ernstige gedragsstoornissen	4	6
Stemmingsstoornissen, depressieve periode in engere zin met psychotische kenmerken	2	3
Overige (incl. ongespecificeerde) stemmingsstoornissen	2	3
Overige (voornamelijk neurotische) stoornissen op AS-1	1	2
Persoonlijkheidsstoornissen	1	2
Stemmingsstoornissen, manische of gemengde episode, met psychotische kenmerken	0	0
Stemmingsstoornissen, depressieve periode in engere zin	0	0
Stemmingsstoornissen, manische of gemengde episode	0	0
Psycho-organische storingen door gebruik van middelen (incl. intoxicatie)	0	0
Verstandelijke handicap	0	0
V-codes en bijkomende codes (incl. geen en uitgestelde diagnose)	0	0
Totaal	62	100

Bij de GGZ-instellingen is nagevraagd tot welke (voorlopige) diagnose men is gekomen. Hierbij werden de volgende categorieën het meest aangehaald:

1. Schizofrenie (39%)
2. Overige psychotische stoornissen (17%)
3. Persoonlijkheidsstoornissen (17%)

De persoonlijkheidsstoornissen zijn een nieuwe categorie in de top-drie. Schizofrenie en de psychotische stoornissen blijven wel een belangrijke rol spelen in het psychiatrische beeld van de betrokkenen.

Afwendingsmogelijkheden

In tabel 3.9 is te zien welke afwendingsmogelijkheden veel zijn benut. Direct valt op dat ambulante hulp met afstand boven de overige mogelijkheden uitsteekt. In meer dan de helft van de gevallen wordt dit als belangrijkste alternatief gezien om een gedwongen opname te voorkomen.

Tabel 3.9 De belangrijkste afwendingsmogelijkheid zoals deze is gevonden in de geneeskundige verklaring (N=63)

Afwendingsmogelijkheden	<i>n</i>	%
Ambulante psychiatrische behandeling op vrijwillige basis	35	56
Anderszins	8	13
Maatschappelijke dienstverlening en thuiszorg	8	13
Elders onderbrengen betrokkene (waaronder o.a. overplaatsen/verblijf in instellingen voor maatschappelijke opvang)	6	10
Medicatie op vrijwillige basis	5	8
Inzetten somatische behandeling op vrijwillige basis	1	2
Totaal	63	100

Het wordt dan ook meteen duidelijk dat we in de observatiemachtiging vooral te maken hebben met mensen op wie de ambulante hulpverlening geen vat heeft. Hiermee vervalt blijkbaar ook de laatste optie voor vrijwillige hulpverlening.

Kwaliteit van leven

In de GGZ-vragenlijsten werd gevraagd een inschatting te geven van de kwaliteit van leven van de betrokkenen. Hierbij werd naar verschillende leefgebieden gekeken. Ook over het dagelijks functioneren werd naar een oordeel gevraagd, waarbij werd uitgegaan van de GAF-schaal uit de DSM-IV¹³. De resultaten staan in tabel 3.10.

Tabel 3.10 Inschatting van de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van de betrokkenen (N=24)^a

Kwaliteit van leven^b	M (SD)	n
Algemeen	3 (1)	22
Woonsituatie	4 (2)	24
Dagelijkse activiteiten en functioneren	3 (1)	24
Relaties met familie	3 (1)	23
Sociale relaties	2 (1)	24
Financiële situatie	4 (2)	19
Gezondheid in het algemeen	4 (1)	23
Fysieke gesteldheid, conditie	3 (1)	23
Emotionele gezondheid, welbevinden	3 (1)	23
GAF-scores^c		
Symptomen	35 (12)	24
Handicap/Belemmering	37 (11)	24

a. M: Gemiddelde, SD: Standaarddeviatie, n: aantal respondenten.

b. Antwoordschaal loopt van 1 (vreselijk) t/m 7 (prima).

c. Schaal loopt van 0 t/m 100, waarbij een hogere score een hogere mate van functioneren aangeeft.

¹³ De GAF-score is een maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid in de vorm van een score tussen 0 en 100. De term is een afkorting van Global Assessment of Functioning. De GAF-score is een onderdeel van het DSM-IV-systeem, dat gebruikt wordt voor diagnosticeren van psychiatrische aandoeningen.

De hulpverleners schatten de kwaliteit van leven van de betrokkene n niet hoog in. De algemene inschatting levert een gemiddelde score van 3 op, wat een indicatie is voor een matige kwaliteit van leven. Met name op het gebied van sociale relaties hebben de betrokkenen het zwaar. Ook de beoordeling van het dagelijks functioneren levert geen rooskleurig beeld op: zowel de score voor de symptomen als die voor de belemmering liggen tussen de 30 en 40. De corresponderende GAF-beschrijvingen zijn:

Symptomen:

enige beperkingen in de 'reality testing' of de communicatie (bijv. de spraak is bij tijden onlogisch, vaag of niet terzake)

Handicap/belemmering:

belangrijke beperkingen op verschillende terreinen, zoals werk, school, gezins- of familierelaties, oordeelsvorming, denken, of stemming (bijv. depressieve man gaat vrienden uit de weg, verwaarloost gezin, en is niet in staat om te werken; kind slaat vaak kleinere kinderen in elkaar, is thuis opstandig en mislukt op school)

Ervaringen van contactpersonen

Uit de telefonische interviews met de contactpersonen kwam ook informatie over de bereikte doelgroep naar voren. Wat vooral opvalt is de heterogeniteit van de groep. Hieronder enkele fragmenten uit de interviews bij de arrondissementsparketten.

Het betrof een minderjarige waarvan men eigenlijk niet precies wist wat de nog verdere mogelijkheden waren. [...] Deze jongen stond ook onder toezicht. Daar was al een uithuisplaatsing voor hem geregeld, maar dat was allemaal nog op vrijwillige basis. Zou dat een gedwongen uithuisplaatsing moeten zijn dan zou hij in "Het Poortje" [een justitiële jeugdinstelling, LH] terecht komen. Nou, dan zit hij bij een doelgroep waar hij niet bij thuis zou horen en dan zou hij eigenlijk alleen maar verder afglijden. Vandaar dat het verzoek [om een observatiemachtiging, LH] er als zodanig gekomen is en dat is door de rechter toegewezen. [Interviews AP Blok 1: AP 2006-07-27 (19), 4-7]

We hebben bijvoorbeeld een geval gehad van iemand die in zijn woning zit te vervuilen, en is afgesloten van gas, water en licht en zich verschanst heeft in zijn woning. [Interviews AP Blok 1: AP 2006-07-03 (5), 17-17]

In een geval had ik een meisje die waarschijnlijk in de autistische problematiek zit. Die ook automuteert en depressief is, en waar ook de ouders op een gegeven moment met de handen in het haar zaten. [Interviews AP Blok 1: AP 2006-07-03 (5), 23-23]

Er is maar één geval van een man die op straat leeft, [...] die denk ik wel schizofreen of psychotisch is, of belevingen heeft, en veel op tabak zit te kauwen, al met al ook niet erg bevorderlijk. En die ook heel gestoord gedrag heeft en daar ook gevaar loopt op straat, omdat hij door zijn nieuwe collega's beroofd wordt en in elkaar wordt geramd. Je weet wel, klassieke voorbeelden, iemand die het op straat helemaal niet redt als gevolg van zijn ziekte. Ik had daar eigenlijk wat meer mensen van verwacht. [Interviews AP Blok 1: AP 2006-07-03 (5), 24-25]

[...] dat ging om een meneer, nou dat was zo'n bijzondere situatie [...] die was dakloos uit eigen verkiezing. Die verbleef in het bos en het was in die periode dat het zo ontzettend koud was. Iedereen maakte zich ook wel wat zorgen over die beste man. [...] zo af en toe kwam hij wel in een instelling, als die het even te koud kreeg dan dacht hij zelf ook van kom ik ga er maar eens naar toe, en dan sliep die daar één nacht, en dan was hij weer een beetje opgekalefaterd en dan ging hij weer terug naar zijn tentje. [Interviews AP Blok 1: AP 2006-07-06 (16), 56-57]

3.3 De activiteiten

Nadat iemand de juridische procedure heeft doorlopen, is het aan een GGZ-instelling om tot de uitvoering van de opname over te gaan. Wat zijn de ervaringen van de contactpersonen bij de GGZ-instellingen?

Ervaringen met de observatiemachtiging

Er werden relatief veel negatieve ervaringen met de observatiemachtiging gemeld. Deze ervaringen hadden betrekking op twee hoofdpunten: 1) de observatiemachtiging biedt geen enkele andere mogelijkheid dan gedwongen opnemen, 2) de observatieperiode is kort. Over het eerste punt - en wat daarbij allemaal mis kan gaan - vertelt een contactpersoon het volgende:

Ja, het zat zo, meneer zat in de gevangenis, en ze dachten: hij moet naar de psychiatrie. Toen heb ik een RM aangevraagd. Ze hebben een observatiemachtiging gekregen en daarmee kreeg ik meneer binnen. En na twee dagen was hij weggelopen. [...]

Dus ik heb hem op de telex gezet en gelijk terug laten halen. Toen liep het dus vast. Ik dacht als ik deze meneer moet separeren moet ik alsnog een IBS aanvragen. [...] Ik had het keurig opgeschreven: als deze meneer gesepareerd moet worden, alsnog IBS aanvragen. Maar dat was uiteraard een weekend. Niemand heeft daarin gekeken. Iedereen heeft gedacht: "het is gewoon een normale machtiging, dus er wordt geen IBS aangevraagd". Dus toen ik maandag terug kwam, was meneer de separeer net weer uit. [...]. Toen dacht ik: "dit gaat dus niet lopen". Toen heb ik alsnog een voorlopige machtiging aangevraagd, maar dan heb ik natuurlijk weer een week of drie, vier vertraging. [...]

Toen heb ik die man dus op een gesloten afdeling gehouden, want ik dacht: "als hij wegloopt, ben ik hem kwijt met een observatiemachtiging". [...] Dat vond ik helemaal niet leuk, want het zijn dure bedden die hij helemaal niet nodig had. Terwijl hij qua ernst van de pathologie veel beter op een gewone afdeling kon zitten. Dan kan je hem ook beter observeren. Maar dan ben ik hem kwijt als hij wegloopt. [Interviews APZ Blok 1: APZ 2006-07-25 (10-22), 12-44]

De onbekendheid van hulpverleners met de observatiemachtiging speelde in dit geval een rol. Hadden zij geweten dat het een observatiemachtiging betrof en dat hierbij geen enkele gedwongen actie was toegestaan – buiten de gedwongen opname zelf – dan hadden zij een IBS aangevraagd toen het noodzakelijk bleek de patiënt te separeren. De notitie van de contactpersoon mocht in dit geval niet baten. Het is een voorbeeld van wat er zo al mis kan gaan bij een observatiemachtiging en geeft ook aan met welke beperkingen hulpverleners te maken kunnen krijgen als iemand met een observatiemachtiging wordt opgenomen.

Via de registratiegegevens van de IGZ kon worden nagegaan of er meer fouten waren gemaakt op het punt van toegepaste dwangmaatregelen (de artikelen 38, dwangbehandeling, en/of 39, middelen of maatregelen zoals separatie). Het bleek dat het vaker mis was gegaan dan alleen in het hierboven besproken geval. In totaal vijf betrokkenen zijn gedurende de observatieperiode geconfronteerd met een artikel 38 of artikel 39. Hieronder worden de fouten opgesomd:

- Februari 2006: bij de eerste observatiemachtiging die is verleend sinds de invoering van de maatregel ging het direct mis. Vijf dagen na de datum van de beschikking werd voor de betrokkene ook een artikel 39 ingezet
- Juli/augustus 2006: hier was de observatiemachtiging subsidiair aangevraagd. Oorspronkelijk wilde de OvJ een voortzetting van een IBS aanvragen, maar deze werd door de rechter afgewezen. Echter, vijf dagen na de beschikkingsdatum van de observatiemachtiging werd een artikel 39 ingezet
- Februari 2007: drie dagen na de beschikkingsdatum van de observatiemachtiging vindt een artikel 39 plaats. Nog een dag later wordt ook een artikel 38 ingezet.
- Februari 2007: Op dezelfde dag als de beschikkingsdatum van de observatiemachtiging wordt ook een artikel 39 ingezet
- April 2007: Op dezelfde dag als de beschikkingsdatum van de observatiemachtiging wordt ook een artikel 39 ingezet.

In zes procent van de verleende observatiemachtigingen ging het dus mis op dit punt.

Van verlening naar opname

Als de rechter eenmaal het verzoek ter verlening van een observatiemachtiging heeft ingewilligd, wordt de betrokkene zo snel mogelijk opgenomen in een (psychiatrisch) ziekenhuis. Aan de contactpersonen vroegen we op welke manier(en) dit doorgaans gebeurt. Zoals gezegd hadden nog maar weinig contactpersonen in de eerste belronde praktijkervaring opgedaan met de observatiemachtiging. Uit de opmerkingen van de mensen die wel een observatiemachtiging hadden meegemaakt, bleek dat patiënten doorgaans met een ambulance naar het ziekenhuis worden vervoerd. In één van de gevallen werd een betrokkene met justitieel vervoer naar het ziekenhuis gebracht. Ook was iemand door familie naar het ziekenhuis begeleid. Volgens de contactpersonen zit er niet veel tijd tussen de uitspraak van de rechter en de opname. Meestal is iemand binnen een dag opgenomen.

Onderzoek en begeleiding

Eenmaal in het ziekenhuis is het moment aangebroken waarop de essentie van de machtiging in werking treedt: de observatie. Met wat voor activiteiten krijgen de patiënten zoal te maken? Uit de telefonische gesprekken met GGZ-contactpersonen blijkt dat de activiteiten niet worden beperkt tot diagnostiek op psychiatrische ziektebeelden. Naast dergelijk diagnostisch onderzoek (meer specifiek noemde een contactpersoon bijvoorbeeld neuropsychologisch onderzoek en een ander gaf nog specifiek aan dat ook een EEG werd gemaakt) krijgen patiënten ook te maken met somatisch onderzoek (bloedonderzoek en ECG werden hierbij expliciet genoemd). Naast de onderzoeksactiviteiten krijgen patiënten soms ook behandeling en/of begeleiding, in principe alleen op vrijwillige basis. Eén van de contactpersonen gaf aan dat de betrokken patiënt gewoon met het behandelprogramma van de afdeling had meegedraaid. Dezelfde patiënt kreeg ook medicatie op vrijwillige basis (wat volgens de

contactpersoon een week duurde, daarna weigerde de patiënt nog langer de medicatie in te nemen). Andere activiteiten waarmee de patiënten te maken kunnen krijgen, zijn:

- Verpleegkundige begeleiding
- Fysiotherapie
- Psychomotore therapie

Ook in de schriftelijke vragenlijsten aan de GGZ-contactpersonen is gevraagd naar behandeling en/of begeleiding die gedurende de opname heeft plaatsgevonden. Tabel 3.11 geeft de gevonden resultaten weer.

Tabel 3.11 Behandeling en/of begeleiding tijdens de opname (N=22)

Type behandeling/begeleiding	n	%
Verpleegkundige begeleiding	19	86
Motiverende gesprekken	18	82
Medicatie (geen psychofarmaca)	12	55
Somatische zorg	11	50
Psychofarmaca	7	32
Anders	3	14
Psychotherapie	-	-

De verpleegkundige begeleiding die in de telefonische gesprekken al werd genoemd is iets waar de meeste mensen mee te maken hebben gehad. Ook motiverende gesprekken werden veel ingezet gedurende de opnameperiode. Meer gerichte interventie als psychofarmaca en psychotherapie werden weinig of helemaal niet toegepast. Het is niet bekend in hoeverre cliënten voor dergelijke interventies zijn benaderd en hoe vaak dit aanbod door hen is geweigerd.

In voorbereiding op het ontslag

We vroegen de contactpersonen ook of wordt geprobeerd de betrokkene na een observatiemachtiging in zorg te krijgen. Alle contactpersonen geven aan dat ze dit – indien nodig - proberen, maar op welke manier het vervolgtraject vorm wordt gegeven verschilt. Deze verschillen zijn een logisch gevolg van de uiteenlopende situaties waarin de betrokkenen zich bevinden.

Ja, dat is eigenlijk vanaf het eerste moment dat iemand binnenkomt, dat je toch probeert om iemand te motiveren. Ja, als je het hebt over ambulant dat iemand op gesprek komt [...]. Eén keer in de week of één keer in de twee weken een contact heeft met de hulpverlener. En in dit geval, ja, was er ook verslavingproblematiek, dus dat je ook dat na-traject ingaat. [Interviews AP Z Blok 1: APZ 2006-06-28 (15-30), 64-68]

Nou, ze is er nog steeds. Omdat we nu dus een gewone rechterlijke machtiging [Voorlopige Machtiging, LH] hebben. Er kwamen dusdanig veel problemen naar voren, dat ze niet meer naar de thuissituatie kan. [...] We hebben nu een verpleeghuis voor haar aangevraagd, waar ze naar overgeplaatst wordt, en als ze naar het verpleeghuis gaat, zal ze daar waarschijnlijk

de rest van haar leven moeten verblijven. [Interviews APZ Blok 1: APZ 2006-07-26 (8-17), 17 en 57]

Bij beide mensen was de problematiek van dien aard, wilden hier allebei niet vrijwillig blijven, waren beiden al langere tijd evident psychotisch. Ja en dan zit je vast aan een vervolgmaatregel aanvragen. Dus dan komt er alsnog een voorlopige RM. [...] De een zit nog op onze afdeling en de ander is voor een langdurige behandeling overgegaan naar een langdurige zorgafdeling. Dus er is wel duidelijk een vervolg. Ze zijn ook allebei medicatie gaan gebruiken. [Interviews APZ Blok 1: APZ 2006-08-09 (5-40), 26 en 32]

3.4 Effecten

De kamerleden die de observatiemachtiging in het leven hebben geroepen, wilden met deze nieuwe maatregel mensen bereiken die op dat moment – naar hun mening – niet konden worden bereikt via de hulpverlening of via de Wet Bopz. Het zou dus gaan om mensen die nog niet eerder met een gedwongen opname in aanraking zijn geweest.

3.4.1 In beeld... en dan?

Heeft de observatiemachtiging de zorgmijders in beeld gebracht? Via de registratiecijfers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kon worden achterhaald in hoeverre de mensen - voorafgaand aan hun ervaring met de observatiemachtiging – al met de Wet Bopz te maken hadden gehad. Ook is nagegaan of de betrokkenen na afloop van de observatiemachtiging nog met een andere Bopz-maatregel werden geconfronteerd.

Het bleek dat negen mensen (11% van het totaal aantal personen met een observatiemachtiging) al eerder met de Wet Bopz in aanraking zijn geweest. Het lijkt er inderdaad op dat met de observatiemachtiging een relatief nieuwe groep mensen wordt bereikt. Maar hoe gaat het verder als de mensen eenmaal in beeld zijn via de observatiemachtiging?

Na afloop van de observatiemachtiging stijgt het aantal mensen dat met de Wet Bopz in aanraking is geweest aanzienlijk: 44 mensen (52%) kregen na de observatiemachtiging een andere Bopz-maatregel opgelegd. Om welke maatregelen gaat het dan? In tabel 3.12 geven we een overzicht.

Tabel 3.12 Ervaringen met de Wet Bopz: aantal personen met een Bopz-maatregel voorafgaand aan de observatiemachtiging en aantal personen met een Bopz-maatregel volgend op de observatiemachtiging^{a, b, c}

	Personen met eerdere ervaringen		Personen met volgende ervaringen	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
IBS	8	89	5	11
VM	1	11	39	89
Totaal	9	100	44	100

a. IBS: Inbewaringstelling, VM: Voorlopige Machtiging.

- b. Voor de eerdere ervaringen: het gaat om de Bopz-maatregel het dichtst voorafgaand aan de observatiemachtiging.
- c. Voor de volgende ervaringen: het gaat om de eerstvolgende ervaring na de observatiemachtiging.

Uit tabel 3.12 is af te lezen dat de eerdere ervaringen vrijwel uitsluitend aan de IBS gekoppeld zijn: 8 personen (89%) hebben eerder met de IBS te maken gehad en 1 persoon (11%) met de VM. De verdeling van Bopz-maatregelen die volgen op de observatiemachtiging is precies andersom. Nu hebben 5 mensen (11%) met de IBS te maken gehad en 39 mensen (89%) met de VM.

Tot zover het juridische vervolg op de observatiemachtiging. Een andere vraag is of er vanuit het ziekenhuis ook hulpverlening wordt geregeld voor de personen met een observatiemachtiging, zonder dat hier een Bopz-maatregel aan ten grondslag ligt. Uit de 24 ingevulde GGZ-vragenlijsten kwam naar voren dat voor acht (33%) mensen een vervolg in de hulpverlening zou plaatsvinden. Het gaat dan hoofdzakelijk om ambulante trajecten in de GGZ. Voor de meeste mensen (n=15; 68%) is ook al een behandelplan opgesteld voor de vervolghulpverlening en voor een nog groter deel van de mensen (n=20; 91%) is al contact geweest met hulpverleners van buiten het ziekenhuis.

3.4.2 Worden beoogde doelen bereikt?

In de vragenlijsten voor de GGZ-instellingen werden ook de doelen van de observatiemachtiging aangehaald. We legden de respondenten de volgende vragen voor:

- Is bekend welk(e) doel(en) de aanvrager van de observatiemachtiging voor ogen had?
- Zijn de doelen van de aanvrager gehaald?
- Heeft de observatiemachtiging geleid tot een verbetering van de mogelijkheden voor hulpverlening voor de betrokkene?

De frequentieverdelingen van de antwoorden staan in tabel 3.13.

Tabel 3.13 De observatiemachtiging: beoogde doelen en resultaten

	Ja		Nee		Weet niet	
	n	%	n	%	n	%
Is bekend welk(e) doel(en) de aanvrager voor ogen had?	23	96	1	4	-	-
Zijn de doelen van de aanvrager gehaald?	18	78	4	17	1	4
Zijn door de observatiemachtiging voor de patiënt de mogelijkheden voor hulpverlening verbeterd?	12	50	7	29	5	21

Tabel 3.13 laat zien dat voor vrijwel alle hulpverleners duidelijk is wat met de observatiemachtiging moet worden bereikt. Bijna de helft (44%) van de genoemde doelen betreft (verdere) diagnostiek. In enkele gevallen gaat het dan specifiek om het uitsluiten van

bepaalde condities zoals een psychose, delier of een somatische aandoening. Daarnaast wordt in 31 procent van de antwoorden (het motiveren voor) behandeling als doel genoemd.

Achttien van de 24 hulpverleners zijn van mening dat de beoogde doelen gehaald zijn. Meer duidelijkheid over de diagnose wordt in de toelichting op deze vraag het meest aangehaald: in dertien van de zeventien toelichtingen is dit het geval. Uit vier antwoorden wordt duidelijk dat het zelfs gelukt is een goed vervolg aan de observatiemachtiging te geven. In drie gevallen gaat het om behandeling. Voor één persoon kon plaatsing in een verpleeghuis worden geregeld.

Ondanks het behalen van de doelen, klinken er ook kritische noten door in sommige antwoorden. Een interessante opmerking die in drie van de zeventien antwoorden terugkomt, is dat waarschijnlijk ook direct al een VM aangevraagd had kunnen worden. Verder wordt één keer aangegeven dat de situatie van de betrokkene in eerste instantie wel verbeterde, maar dat dit effect na een maand helaas weer was verdwenen en dat het contact met de SPV weer was verbroken.

Hier heeft de observatiemachtiging dus geen omslag in de situatie van de betrokkene teweeg kunnen brengen. Daarmee komen we bij de vraag of de observatiemachtiging de mogelijkheden voor hulpverlening heeft verbeterd. Zoals uit tabel 3.11 is af te lezen zijn de meningen op dit punt verdeeld. De hulpverleners die positief zijn relateren dit vooral aan het in contact komen met cliënten en aan positieve vervolgtrajecten.

Observatiemachtiging is gevolgd door een voorlopige machtiging. Vervolgtraject kon derhalve worden uitgezet. De patiënt was voor de opname niet bereid tot enige vorm van ambulante behandeling of begeleiding, maar heeft inmiddels antipsychotische depotmedicatie geaccepteerd.

Medicamenteuze antipsychotische behandeling is gestart en aansluitend kan met behulp van een voorlopige machtiging het vervolgtraject verder worden vorm gegeven.

Zonder machtiging geen vrijwillige opname en geen diagnostiek. Nu kan er gericht gewerkt worden aan vervolgplaatsing/-zorg.

Uiteindelijk goed herstel en terugkeer naar de thuissituatie.

De observatiemachtiging was een goed middel om mensen binnen te halen. Aan de andere kant geven ook enkele hulpverleners die positief zijn wel aan dat de duur van de observatiemachtiging erg kort is.

De hulpverleners die negatief antwoordden of het lastig vonden een oordeel te geven, merken op dat de observatiemachtiging weinig soelaas biedt als het om behandelen gaat en dat het direct verzoeken van een andere Bopz-maatregel waarschijnlijk een betere optie is. Bovendien werd ook in deze antwoorden enkele malen de korte duur van de observatiemachtiging als minpunt aangemerkt.

Periode van observatie is kort, motivatie voor behandeling ontbreekt. Gevaarscriterium in dit geval weinig concreet. Toename van de weerzin van de patiënt tegen de GGZ

Moeilijk te beantwoorden. Patiënt stond erg weinig welwillend tegenover opname/behandeling, waardoor 3 weken erg kort wordt om zaken te veranderen/onderzoeken.

3.5 Vignetten

Er zijn maar weinig interviews met cliënten gedaan (in hoofdstuk 2 is dit toegelicht). In deze paragraaf komen de interviews aan bod en wordt beschreven hoe de cliënten in kwestie de observatiemachtiging hebben ervaren. Gezien het geringe aantal interviews is hier geen sprake van een representatieve steekproef, maar gaat het vooral om kwalitatieve gevalbeschrijvingen. Voorafgaand aan de interviewgegevens wordt in een kader steeds een korte beschrijving gegeven van de situatie van de betrokkene. Deze informatie is afkomstig uit de onderzochte dossiers. De namen en enkele andere persoonsgegevens zijn gefingeerd ter bescherming van de privacy van de betrokkenen.

Meneer van Waardingen is ruim 80 jaar als hij met een observatiemachtiging opgenomen wordt. Tijdens de zitting bij de rechtbank hoort de rechter, naast de betrokkene zelf, ook de advocaat van de betrokkene en een psychiater. Meneer beschikt over eigen woonruimte en is alleenstaand. Hij is getrouwd geweest, maar zijn vrouw is inmiddels overleden. De psychiater die de geneeskundige verklaring heeft opgesteld vermeldt hierin dat meneer van Waardingen meerdere malen het gas heeft laten branden met risico voor brandgevaar. Hij verzet zich overal tegen en de woningcorporatie heeft al te kennen gegeven dat een huisuitzetting op handen is. Meneer van Waardingen zelf is ervan overtuigd niet aan een geestesstoornis te lijden. De psychiater stelt in de geneeskundige verklaring echter dat er geen twijfel bestaat over het al dan niet bestaan van een geestesstoornis, maar wel over de precieze aard van deze stoornis. Het kan een al langer bestaande psychose zijn of een meer recente temporale dementie. In het eerste geval (psychose) zal opname noodzakelijk zijn om de (medicinale) behandeling te doen slagen, waardoor een situatie ontstaat waarin meneer thuis kan verblijven met ambulante hulp. In het geval van dementie zullen maatregelen moeten worden getroffen in de thuissituatie. Naar de mening van de psychiater past in dit geheel geen opname op grond van een voorlopige machtiging. De observatiemachtiging zal moeten uitwijzen of aan de criteria voor dwangopneming is voldaan. Het stellen van de diagnose is de specifieke onderzoeksvraag.

Meneer van Waardingen zegt in het interview geen enkele reden te zien voor de gedwongen opname. Hij heeft wel vermoedens. De zaak met de woningcorporatie - over het wel of niet betalen van huur - is hier één van. De woningcorporatie zegt dat meneer zijn huur niet betaalt, maar hij zegt dat dit niet waar is.

Meneer vindt de opname onterecht: hij mankeert niets. Hij heeft vooraf ook geen informatie over de observatiemachtiging gehad en wist ook niet dat hij naar het ziekenhuis moest. Nu werd hij opgesloten en zat op een kamer met mensen waar hij niets mee kon.

Meneer is met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht. Hij wilde er niet in, maar de buurvrouw overtuigde hem ervan toch maar mee te gaan. Hij werd vervolgens verplicht om op de brancard te gaan liggen en werd daarop vastgebonden en de ambulance ingedragen. Zelf naar de ambulance toelopen mocht niet.

In de instelling is volgens meneer van Waardingen geen observatieplan gemaakt. Hij kreeg geen behandeling aangeboden, maar dat vond hij ook niet nodig. Een behandelplan is dus ook niet aan de orde geweest. Er is wel bloedonderzoek gedaan. Meneer vond dat de artsen te weinig tijd voor hem hadden en aan punten die voor hem belangrijk waren werd geen aandacht besteed. Er is contact geweest met een patiënt-vertrouwenspersoon. Op de vraag hoe

hij dit contact had gewaardeerd (uitgedrukt in een rapportcijfer waarbij 1 het laagst en 10 het hoogst haalbare is), gaf meneer van Waardingen een score van 6.

De opname heeft meneer als negatief ervaren. Hij vond het heel erg om als vrij man opgenomen en ingesloten te worden en heeft het als een zware straf ervaren. Hij voelde zich opgesloten in een hok van 4X5X3. Hij mocht niet naar buiten. Alles was tegen zijn zin. Meneer van Waardingen sliep ook weinig gedurende zijn verblijf in het ziekenhuis. Hij piekerde veel over het feit dat hij vastgehouden werd. Het enige goede tijdens de opnameperiode was het eten.

Op de vraag of hij door de opname beter contact met hulpverlening heeft gekregen, geeft meneer van Waardingen aan dat de situatie eigenlijk hetzelfde is gebleven. Hij ontvangt nog steeds alleen gezinsverzorging als hulpverlening. Ook zijn persoonlijke situatie is niet veranderd. Hij is er niet beter van geworden en zou het geen tweede keer willen meemaken. Hij zat op het punt dat hij gek werd; hij zat daar terwijl hij niks mocht. Tijdens de opname heeft hij gemerkt dat zijn vrijheid alles is. Hij vindt het een schandaal dat het gebeurd is en schaamt zich voor de buurt, omdat hij met twee politieagenten achter zich aan naar de ambulance werd gebracht.

Meneer van Waardingen heeft weinig eerdere ervaringen met hulpverlening gehad. Het enige contact was met de wijkverpleging/gezinszorg. Dit contact loopt nog steeds. Meneer waardeert dit contact als “goed” (score 4 op een vijfpuntschaal van 1 “slecht” tot en met 5 “uitstekend”).

Laura Rietbeek is een alleenstaande jonge vrouw, zonder vaste woon- of verblijfplaats. Tijdens de zitting hoort de rechter Laura, haar advocaat, een psychiater en twee bemoeizorgmedewerkers.

In de geneeskundige verklaring wordt vermeld dat Laura excessief cocaïne gebruikt, waarvan ze regelmatig gaat hallucineren. Er is nauwelijks sprake van probleembesef, evenmin van motivatie om iets aan haar situatie te veranderen. Sinds eind 2005 is ze bekend bij het bemoeizorgteam.

Laura heeft al sinds haar jeugd gedragsproblemen. In de spaarzame contacten met het bemoeizorgteam is ze verbaal en motorisch druk en soms psychotisch. Het vermoeden bestaat dat ze ernstig is getraumatiseerd. Er is vermoedelijk sprake van een posttraumatische stress stoornis in combinatie met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Kortdurende detenties doen tijdelijk het gevaar afwenden en geven even een opening om haar toe te leiden naar zorg. Helaas haakt ze - eenmaal weer op vrije voeten – meestal vrijwel onmiddellijk af.

Volgens Laura is ze opgenomen omdat hulpverleners dachten dat er iets niet goed was in haar hoofd en omdat ze door de opname van de straat af zou zijn. Ze vond de opname niet terecht. Ze hoorde niet thuis in het ziekenhuis: er zaten allemaal gekken en Laura mankeerde – naar eigen zeggen – niets.

Ze zat op het politiebureau toen ze hoorde dat ze opgenomen zou worden. Ze was net drie dagen vrij na drie weken in de gevangenis te hebben gezeten. Er kwam een psychiater langs die vertelde dat ze met een observatiemachtiging zou worden opgenomen. Voorafgaand aan de opname werd al uitleg gegeven over de observatiemachtiging en wat het inhield. Ze kreeg de informatie van de politie, een psychiater en een hulpverlener. Ze wist alleen niet *waarom* ze nu precies opgenomen zou worden. Misschien vanwege onbetaalde bekeuringen? Een

politieagent en een hulpverlener hebben haar vervolgens met een politieauto naar het ziekenhuis gebracht.

In eerste instantie was Laura het niet eens met de opname, maar gedurende het verblijf in het ziekenhuis vond ze het niet meer zo erg. Haar eerste ervaringen in het ziekenhuis waren positief. Het was er goed qua verzorging. Ze kreeg eten en had een bed. Het personeel was vriendelijk. Minder positieve punten: er werden dingen gestolen (sigaretten) en onvriendelijke medepatiënten. Ondanks dat ze het niet erg vond om opgenomen te zijn, vond ze het geen zinvolle onderneming. Ze zat er immers niet vrijwillig.

Laura wist niet of er een observatieplan was gemaakt. Er is haar geen behandeling aangeboden, maar ze kreeg wel begeleiding: gesprekken met een psychiater. Voor zover ze wist was er geen behandelplan voor haar opgesteld. Zowel voor als tijdens haar verblijf in het ziekenhuis had Laura contact met een externe hulpverlener/casemanager. Deze hulpverlener heeft haar ook bezocht in het ziekenhuis. Laura heeft hier zeer veel aan gehad en waardeerde het contact met de hulpverlener dan ook met een maximaal rapportcijfer: een 10. Laura heeft tijdens haar verblijf ook bezoek gehad van een andere externe hulpverlener. Ook aan dit bezoek heeft ze veel gehad en het rapportcijfer 10 vond ze ook hier op zijn plaats.

Wat Laura betreft had het verblijf in het ziekenhuis haar persoonlijke situatie verbeterd. Voor de opname was haar leven veel onregelmatiger, in het ziekenhuis was er meer regelmaat. Ze vond dat ze baat had gehad bij de opname. Ze wist nu rekening te houden met andere (gekke) mensen en had een goede dagindeling. Ze leerde meer samen te leven met andere mensen en kreeg veel rust.

Er was al gekeken naar het vervolg op de observatiemachtiging. Laura zou een plaats krijgen in de nachtopvang voor prostituees. Hiermee stemde ze in: ze zou hiermee van de straat zijn en kon ondertussen een kamer gaan zoeken met haar vriend (die op dat moment nog in de gevangenis zat).

Wat contact met de hulpverlening betreft heeft Laura zowel met de ambulante als de intramurale GGZ te maken gehad (waardering – op een vijfpuntsschaal van 1 “slecht” tot en met 5 “uitstekend” – was in beide gevallen: 5). Daarnaast heeft ze in het verleden in een vrouwen-/crisisopvangcentrum gezeten. Hierover was ze beduidend minder te spreken: een waardering van 2 (matig). Ook met de GGD heeft ze te maken gehad (waardering: 5). Helaas bleek dat Laura na afloop van de opname weer was gaan tuppelen en ook weer aan de drugs was. Op een gegeven moment is ze opgepakt en in het huis van bewaring terecht gekomen.

De heer Wijcker was zo'n 70 jaar toen hij met de observatiemachtiging te maken kreeg. Het is een alleenstaande man die nooit gehuwd is geweest. Hij beschikt over eigen woonruimte. De rechter hoorde tijdens de zitting de advocaat van de betrokkene en een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV).

In de geneeskundige verklaring is te lezen dat meneer Wijcker in de waan is dat alle bewoners van zijn flat cocaïnegebruikers zijn, die bij veel-gebruik al zijn privé gegevens (o.a. pincode) kunnen 'zien'. Dit speelt al minstens 10 maanden. Er is waarschijnlijk sprake van paranoïde psychose. Meneer leeft in een paranoïde waanwereld en interpreteert de werkelijkheid vanuit zijn wanen.

Er is ook sprake van huidkanker, waarvan hij het gevaar ontkent. Indien dit niet behandeld wordt kan dit een dodelijke afloop hebben. Verder is er sprake van agressie naar buurtbewoners. In maart 2006 heeft meneer Wijcker een bovenbuurman agressief benaderd. In september 2006 heeft een buurvrouw aangifte gedaan van vernielingen. Er zijn voor de heer Wijcker geen andere mogelijkheden dan de observatiemachtiging om het vermoeden van een psychiatrische stoornis te bevestigen of te ontkrachten.

Meneer Wijcker heeft geen idee waarom hij is opgenomen. Hij noemt wel een paar – naar eigen zeggen – kleine voorvallen:

- Een half jaar voorafgaand aan de opname belde hij aan bij een man die uiterst agressief was. Hij had een pistool en daarom pakte meneer Wijcker een paraplu en stak hem met de stompe punt in zijn buik.
- Hij heeft een buurvrouw die er illegale praktijken op nahoudt (het afsnijden van mannelijke geslachtsdelen). Hij mocht niet bij haar binnen komen. Hij heeft bij haar voor de deur een bloempot op de grond gegooid.

Meneer vond de opname niet terecht. Eerst kwamen er twee mensen bij hem thuis langs, waarvan één tegen hem zei dat hij naar de rechtbank wilde gaan om een observatiemachtiging aan te vragen. Meneer Wijcker heeft hierop gevraagd waar dat goed voor was. Hij vond dat hij niets nodig had en heeft de mensen de deur uit gezet. Later kwam de politie en werd hij zomaar uit zijn flat gehaald, terwijl hij net op het punt stond om weg te gaan. Hij moest mee, maar wist niet waarom en heeft zich toen uit protest opzettelijk op de grond laten vallen. Vervolgens is hij door de agenten naar buiten gedragen en in de ambulance gelegd. Meneer was er zwaar op tegen dat hij werd meegenomen. Hij wist niet wat hem overkwam en eenmaal in het ziekenhuis vroeg hij zich af waar hij was.

Volgens meneer Wijcker is er een observatieplan opgesteld, maar is hem niet uitgelegd wat het plan inhield. Er werd geen behandeling aangeboden en ook van begeleiding was volgens meneer Wijcker geen sprake gedurende de opname. Van een behandelplan wist hij niets af. Hij heeft geen enkel contact met een patiëntenvertrouwenspersoon, advocaat/juridisch adviseur of externe hulpverlener gehad. De hulpverlening in het ziekenhuis was prima volgens meneer Wijcker: iedereen was even vriendelijk. Verder vond hij de contacten met andere patiënten prettig, ook al wilde hij toch het liefst terug naar zijn eigen huis.

Tijdens de opname gebruikte meneer Wijcker wel medicatie, maar dit was de medicatie die hij altijd al gebruikte in verband met zijn gezondheid. Hij heeft tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis geen extra medicatie gekregen.

Het vervolg op de observatiemachtiging was meneer Wijcker ten tijde van het interview nog niet bekend. Er was hem nog niet verteld wat er na de drie weken zou gaan gebeuren. Hij hoopte weer terug te kunnen naar zijn eigen woning.

Achteraf zag meneer zowel negatieve als positieve kanten aan de gedwongen opname.

Negatief was het sleutelgerammel dat de hele dag was te horen. Positief vond hij dat hij iets om handen heeft gehad. Hij dekte de tafels. Verder maakte hij boswandelingen; hij was vrij om te komen en te gaan, al moest hij het wel vooraf vragen als hij weg wilde gaan. Al met al vond hij de opname niet zinvol. Er mankeerde niets aan hem.

Meneer heeft al eerder contact gehad met de ambulante GGZ (waardering op een vijfpuntsschaal lopend van 1 “slecht” tot en met 5 “uitstekend”: 1), de intramurale GGZ (waardering: 4), algemeen maatschappelijk werk (AMW, waardering: 2) en de GGD (waardering: 2). Hij was van mening dat hij geen hulpverlening nodig had en zichzelf heel goed kon redden.

Tijdens de observatiemachtiging is in de GGZ-instelling werd de diagnose “Overige psychotische stoornissen” gesteld. Een voorlopige machtiging was het beoogde vervolg op de observatiemachtiging. De doelen van het behandelplan voor het vervolg (waar meneer Wijcker overigens niet mee instemde) betroffen: aanvullend (neuro)psychologisch onderzoek, aanvullend somatisch onderzoek en het verbeteren van de samenwerkingsrelatie. Meneer Wijcker is na afloop van de observatiemachtiging weer gewoon naar zijn woning gegaan. Vier dagen na zijn vertrek uit de instelling verleende de rechter een voorlopige machtiging.

4 Meningen over de observatiemachtiging

In het vorige hoofdstuk is ‘met gepaste afstand’ naar de observatiemachtiging gekeken. Dit hoofdstuk is een weerspiegeling van de persoonlijke meningen en ervaringen van betrokkenen. Wat vinden mensen van de observatiemachtiging? Is hun mening gewijzigd sinds het begin van de inwerkingtreding van de observatiemachtiging? We bespreken de verschillende meningen voor iedere groep (contactpersonen bij de arrondissementsparketten, contactpersonen bij de GGZ-instellingen en patiënten) afzonderlijk.

4.1 De arrondissementsparketten

Hoe oordeelden de contactpersonen bij de arrondissementsparketten over de observatiemachtiging? We kijken achtereenvolgens naar de meningen over de informatievoorziening rondom de machtiging en naar de meningen over de machtiging zelf.

Informatievoorziening

Over dit onderwerp waren de contactpersonen niet erg te spreken. Slechts één positieve opmerking viel te noteren over de informatievoorziening omtrent de invoering van de observatiemachtiging. Deze opmerking betrof de informatieboekjes die door het Ministerie van VWS waren verspreid.

De contactpersonen die zich negatief over de informatievoorziening uitlieten vonden vooral dat er te weinig informatie was verspreid. De neutrale antwoorden waren vooral van contactpersonen die de informatievoorziening voldoende vonden, maar ook niet meer dan dat. De ontevredenheid betrof dus vooral de hoeveelheid informatie. Over de kwaliteit van de ontvangen informatie werd nauwelijks geklaagd. Enkele onduidelijkheden die specifiek werden genoemd, waren:

- Welke formulieren zijn precies nodig voor de aanvraag van een observatiemachtiging?
- Binnen welke termijn moet een verzoek worden ingediend?
- In wat voor situaties kun je een observatiemachtiging inzetten?

De contactpersonen ontvingen de informatie via uiteenlopende bronnen. Zo werden genoemd: cursussen, de website van het Ministerie van VWS, kenniscentra, folders/brochures/informatieboekjes, collega’s in andere regio’s, artikelen en publicaties in tijdschriften. Vrijwel iedereen bediende zich overigens van meerdere informatiebronnen.

Algemene mening over de observatiemachtiging

De overheersende mening omtrent de observatiemachtiging was vrij negatief te noemen. Slechts één contactpersoon liet zich positief uit over de observatiemachtiging. Hij zei het volgende:

Nou, het verbaast me dat we verzoeken binnen krijgen, want ik was vorig jaar bij een overleg met de GGZ en daar zeiden ze dat Friesland niet zou gaan meedoen aan de nieuwe observatiemachtiging. Maar het gebeurt dus toch wel. [...] Het nut van de observatiemachtiging werd toen niet zo ingezien, maar men ziet het steeds meer in dat het toch een goede machtiging is. Om echt te kijken van heeft iemand een psychische stoornis of niet. Dus het gaat wel steeds meer gebeuren. [...] Ik vind het op zich een goede ontwikkeling die observatiemachtiging. [Interviews AP Blok 1: AP 2006-07-26 (17), 12-18]

Wat de negatieve meningen betreft twijfelden de contactpersonen vooral over het nut van de observatiemachtiging. Ze zagen er niet veel toegevoegde waarde in voor de Wet Bopz.

[...] die observatiemachtiging is niet iets waar wij in de praktijk veel gebruik van zullen maken, want het voldoet eigenlijk niet. Er is niet echt een behoefte waar die observatiemachtiging nou zozeer in voorziet. En dat blijkt mij dus ook, omdat er pas vier aanvragen in een half jaar tijd zijn gedaan, terwijl er in een half jaar tijd totaal dus zeg maar duizend machtigingen worden aangevraagd. Dus dat is relatief een heel klein percentage. Nog geen 1 procent. [Interviews AP Blok 1: AP 2006-06-21 (9), 86-89]

Tenslotte werd de contactpersonen ook gevraagd of ze voors en tegens van de observatiemachtiging konden noemen. Als tegens noemden de contactpersonen de volgende punten:

- Extra administratieve rompslomp
- Te weinig mogelijkheden buiten de opname (geen gedwongen behandeling mogelijk, mensen kunnen zo weglopen als ze dat willen)
- Er ontstaat (juridische) onrust; advocaten hebben met de observatiemachtiging weer een nieuw instrument om bijvoorbeeld een meer belastende voorlopige RM tegen te gaan en in plaats daarvan voor een observatiemachtiging te pleiten
- Geen aandacht voor nazorg (iemand is drie weken opgenomen geweest en dan?)
- Het is een extra Bopz-maatregel waarvan de mensen in het veld (hulpverleners, politie, reclassering) op de hoogte moet zijn; als zij niets of weinig van de observatiemachtiging afweten zal er ook weinig mee gebeuren in de praktijk

De voors kunnen als volgt worden samengevat:

- Het is een minder zware maatregel dan bijvoorbeeld een VM (korte opnameperiode)
- Beter bereik van zorgwekkende zorgmijders
- Het is een verbreding van toeleiding naar de zorg, met mogelijk de kans op vrijwillige behandeling achteraf

4.2 De GGZ-instellingen

Ook de contactpersonen bij de GGZ-instellingen vroegen we naar enkele meningen over de observatiemachtiging.

Informatievoorziening

Over de informatievoorziening rondom de observatiemachtiging zijn maar weinig contactpersonen ontevreden. Van de 21 geregistreerde antwoorden waren er slechts drie negatief. Een heel ander beeld dan bij de arrondissementsparketten.

Onder de positieve reacties waren overigens veel ‘voldoendes’, oftewel: de contactpersonen hadden naar hun mening voldoende informatie over de observatiemachtiging ontvangen. Niet meer en niet minder. De meest uitgesproken positieve antwoorden waren:

Het gaat mij er natuurlijk gewoon om: wat zijn mijn rechten en plichten met die observatiemachtiging? Waar kan ik mijn cliënt toe verplichten, en waar ben ik zelf toe verplicht? Als ik hem laat lopen, mag ik hem op de telex zetten? Mag ik hem medicineren,

mag ik hem separeren? Welke rechten geeft die machtiging mij? Dat is wat interessant is. [Interviewer: En dat was allemaal heel duidelijk aan informatie?] Ja. [Interviews APZ Blok 1: APZ 2006-07-25 (10-22), 84-86]

Het was natuurlijk al langere tijd aangekondigd. Dus dan krijgen wij via onze verantwoordelijke eerste geneeskundige informatie aangeleverd. Dus ik vond wel dat er voldoende was. Er was ook nog zo'n voorlichtingsboekje dat is uitgegeven van het ministerie van volksgezondheid. En daar staat in principe alles in. Dus ik vond de informatie wel goed. [Interviews APZ Blok 1: APZ 2006-08-09 (5-40), 43]

De informatie op zich was prima. De bedenkingen over de observatiemachtiging van mijn kant, zijn hoger. Maar de informatie erover was prima. Alleen de achtergrond informatie wat minder, maar de praktische informatie was prima. [Interviews APZ Blok 1: APZ 2006-08-14 (7-16), 11]

De informatie komt uit nogal wat verschillende bronnen. Hieronder geven we een overzicht van de genoemde informatiebronnen:

- Mededeling vanuit de IGZ
- Bopz-deskundigen binnen de instellingen
- De informatieboekjes van het Ministerie van VWS
- De Staatscourant en andere documenten met betrekking tot onderwerpen die in de Tweede Kamer zijn behandeld
- GGZ Direct (landelijke informatievoorziening vanuit GGZ Nederland)
- Deskundigheidsbevordering: cursussen, trainingen, symposia, congressen
- Tijdschriften en vakbladen
- Directies van de instellingen
- (Landelijke) media
- De plaatselijke Bopz-Officier van Justitie
- De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)

Wat onduidelijkheden betreft geven enkele contactpersonen aan dat ze graag meer praktische informatie hadden gezien. De informatie die nu is verstrekt had vooral een juridisch karakter. Voor de hulpverleners in de praktijk was daarmee echter nog niet altijd duidelijk wat de praktische uitwerking van de wet moest zijn en voor wie de observatiemachtiging nu precies bedoeld was.

Er is weinig aandacht besteed aan wat voor soort type patiënt je nu over moet nadenken. [...] Kijk de juristen zijn blij als ze het juridisch goed geformuleerd hebben en maken zich niet druk over of iemand die geen jurist is hiermee uit de voeten kan. En we hebben vooral juridische informatie gekregen. [...] Als je zo'n nieuwe wet maakt, dan ga je er van uit dat je dat doet omdat er lacunes zitten in die wet en dat een reparatie nodig is. Je voegt iets toe omdat het op blijkbaar een of andere manier helder is dat als je dat niet doet, dat het fout loopt. Dat soort afwegingen zouden goed zijn geweest om ons te laten zien, van voor die groep doen we dat en dat en daar en daar om, omdat het anders niet kan. [Interviews APZ Blok 1: APZ 2006-06-23 (13-26), 94-107]

Wat voor mij altijd nog een vraag blijft, dat is de doelgroep. Want dat is heel moeilijk om te bepalen wie dat nu zullen zijn. Daarom doen we natuurlijk ook onderzoek, dat begrijp ik wel. Maar om daar nou precies een voorstelling van te maken, dat vind ik heel moeilijk omdat het

heel dicht bij de inbewaringstelling ligt. [Interviews APZ Blok 1: APZ 2006-07-03 (17-35), 37-40]

Je krijgt vanuit de overheid zo'n folder, maar vaak is dat toch in de praktijk heel lastig van hoe je dat moet interpreteren. En dan wordt er altijd gezegd, ja er is nog geen jurisprudentie. Dat zal dan de tijd moeten leren. Het is natuurlijk ook een soort drempel om nieuwe dingen te gaan gebruiken. Misschien als je wilt dat mensen deze machtiging willen gebruiken dan moet je bij de introductie ook wat verder gaan dan alleen maar een blaadje aanreiken en zeggen: hier is het en als dat is waar men bepaalde verwachtingen van heeft dan moet men ook iets meer doen om dit te introduceren denk ik. [Interviews APZ Blok 1: APZ 2006-07-26 (5-39), 28]

Algemene mening over de observatiemachtiging

De contactpersonen bij de GGZ-instellingen oordeelden overwegend negatief over de observatiemachtiging. Van de 18 opmerkingen die we op dit punt noteerden, hadden 14 een negatief karakter. De negatieve reacties zijn grofweg op te delen in twee categorieën: 1) de observatiemachtiging is een overbodige toevoeging aan de Wet Bopz en 2) de observatiemachtiging is vanachter de bureautafel bedacht en in de praktijk moeilijk uitvoerbaar voor de GGZ-instellingen.

Voor veel contactpersonen zijn de IBS en de voorlopige RM voldoende om probleemsituaties het hoofd te bieden. De observatiemachtiging levert geen meerwaarde bovenop deze twee opnamemogelijkheden, of zoals één van de contactpersonen zegt: "Ik snap überhaupt het nut van het hele ding niet. We nemen met iedere machtiging mensen op om ze eerst te observeren en dan te behandelen". [Interviews APZ Blok 1: APZ 2006-07-25 (10-22), 50]

De moeite met de uitvoering van de observatiemachtiging betreft vooral het ontbreken van een mogelijkheid tot dwangbehandeling. Met alleen mensen 'binnen halen' en observeren ben je er volgens de contactpersonen nog niet. Je moet meer instrumenten tot je beschikking hebben en dat is bij de observatiemachtiging niet het geval. Wil je toch verder gaan dan observeren, dan zal een andere machtiging nodig zijn en daarmee zijn we weer 'terug bij af'. Waarom een observatiemachtiging verzoeken als daarna alsnog een andere machtiging zal moeten volgen? Is het dan niet zinvoller om direct een IBS of voorlopige RM aan te vragen? Volgens enkele contactpersonen is dit in veel gevallen best haalbaar. Ook geven enkele contactpersonen aan dat het slechts om een kleine doelgroep gaat, waarbij ook met bemoeizorg al veel geregeld kan worden. Andere punten van kritiek zijn:

- De korte opnameduur; wat kun je doen in drie weken?
- De ruime opnamecriteria kunnen willekeurig in de hand werken als het om gedwongen opnames gaat; wie wordt nu precies om welke redenen opgenomen? De observatiemachtiging als wapen in de strijd tegen overlast?
- De inbreuk die op iemand's leven wordt gedaan, terwijl nog niet zeker is of er wel iets aan de hand is

5 Conclusies en beschouwing

Wat kan – gegeven de onderzoeksresultaten – gezegd worden over de observatiemachtiging? Per onderzoeksvraag wordt besproken wat de bevindingen zijn. Ter afsluiting volgt een beschouwing over deze bevindingen.

5.1 De onderzoeksvragen

5.1.1 Aantal en kenmerken

Hoeveel observatiemachtigingen zijn er in de periode januari 2006 – oktober 2007 afgegeven en wat zijn de kenmerken ervan?

In totaal werden 107 observatiemachtigingen aangevraagd. Hiervan werden er 85 (79%) verleend. Er was geen stijgende lijn te zien in het aantal aanvragen. December 2006 was een piekmoment met 14 aanvragen (13 verleend), maar over de gehele onderzoeksperiode genomen werden er gemiddeld 4,8 machtigingen per maand aangevraagd. Hiervan werden er gemiddeld 4 verleend.

Afgezet tegenover de IBS en de overige rechterlijke machtigingen, neemt de observatiemachtiging een bescheiden laatste plaats in wat het aantal aanvragen betreft. Van alle aanvragen samen (inclusief de IBS), komt slechts 0,3 procent voor rekening van de observatiemachtiging. Opvallend is dat het percentage afwijzingen bij de observatiemachtiging het hoogst is: 21 procent van de aanvragen is afgewezen gedurende de onderzoeksperiode.

De verzoeken voor de observatiemachtiging kwamen vooral vanuit de GGZ (89%). Het grootste deel (80%) van de observatiemachtigingen wordt als primair verzoek ingediend. Het duurde gemiddeld 16 dagen voordat een verzoek aan de OvJ leidde tot een beschikking van de rechtbank. In vrijwel alle gevallen was voor de GGZ contactpersonen duidelijk met welke doelen de observatiemachtiging was aangevraagd. Het ging vooral om het krijgen van meer duidelijkheid omtrent de diagnose van de betrokkenen. Ook het tegegaan van het dreigende gevaar was een belangrijke reden om de observatiemachtiging in te zetten. Het is niet voorgekomen dat een observatiemachtiging is verleend op overlastgronden. Overlast speelde regelmatig een belangrijke rol in de situatie van de betrokkenen, maar het was nooit de primaire reden voor de aanvraag van een observatiemachtiging.

Over de (gemiddelde) duur van de observatiemachtiging is weinig bekend geworden. Helaas was er weinig informatie voorhanden, die bovendien onbetrouwbaar bleek te zijn. Het enige vaststaande gegeven is dat een klein deel van de observatiemachtigingen (6, oftewel 7%) is beëindigd vanwege de inwerkingtreding van een andere Bopz-maatregel. Een groep van 16 mensen kreeg één tot veertien dagen na afloop van de observatiemachtiging met een vervolgmaatregel te maken.

5.1.2 De doelgroep

Welke personen krijgen een observatiemachtiging en komt deze bereikte groep overeen met de beoogde doelgroep van de maatregel?

De observatiemachtiging was bedoeld voor mensen:

- zonder ziekte-inzicht
- die niet benaderbaar zijn voor de hulpverlening (zorgmijders)
- bij wie een ernstig vermoeden bestaat dat er een stoornis van de geestvermogens speelt
- die een gevaar voor zichzelf zijn
- die al langere tijd bekend zijn bij de hulpverlening
- die op straat zwerven of wegwijnen achter hun eigen voordeur.

Negen mensen (11%) bleken ooit eerder met een Bopz-maatregel in aanraking te zijn geweest. De bereikte doelgroep is dus een ‘nieuwe’ Bopz-(sub)populatie. Het is onbekend waarom de groep tot dusver buiten het bereik van de Bopz is gebleven.

De bereikte doelgroep bestond voor 61% uit vrouwen die in leeftijd varieerden van dertien tot 92 jaar (gemiddeld 52 jaar). De mannen waren gemiddeld 43 jaar oud, waarbij de jongste vijftien en de oudste 82 jaar oud was. De gemiddelde leeftijd voor de totale groep lag op 48 jaar.

Ruim driekwart (79%) van de mensen beschikte over eigen woonruimte ten tijde van de observatiemachtiging. Tien procent van de mensen had geen vaste woon- of verblijfplaats. Veel van de zelfstandig wonende mensen blijkt eigenlijk niet goed in staat te zijn om zelfstandig te wonen. Woningen worden vervuild, mensen verwaarlozen zichzelf en het lukt ze niet (meer) een regelmatig leven te leiden. Het grootste deel van de mensen houdt alle contact met anderen af en sluit zich – soms letterlijk – op in de woning. Post wordt niet meer open gemaakt, financiën worden niet meer geregeld en mensen sluiten zich af voor de hulpverlening. De criteria “maatschappelijke teloorgang” en “ernstige zelfverwaarlozing” worden dan ook het meest als belangrijkste gevaar gezien, voor respectievelijk 43% en 36% van de verleende observatiemachtigingen. Post wordt niet meer open gemaakt, financiën worden niet meer geregeld en mensen sluiten zich af voor de hulpverlening.

De belangrijkste (voorlopige) diagnoses die in de aanloop naar de observatiemachtiging werden gesteld, waren “overige psychotische stoornissen” en “schizofrenie”. In de GGZ-instellingen werden vervolgens “schizofrenie”, “overige psychotische stoornissen” en “persoonlijkheidsstoornissen” als belangrijkste diagnose gesteld.

Ambulante psychiatrische behandeling op vrijwillige basis werd het meest genoemd als belangrijkste mogelijkheid om gevaar af te wenden. Het ging dus vooral om mensen waarop de ambulante hulpverlening geen vat (meer) heeft. Hiermee verviel blijkbaar ook de laatste optie voor een vrijwillig hulpverleningstraject.

Contactpersonen bij GGZ-instellingen werd gevraagd een inschatting te geven van de kwaliteit van leven van de betrokkenen. Dit werd niet hoog ingeschat. Met name op het gebied van sociale relaties hebben de mensen het zwaar. Ook de beoordeling van het dagelijks functioneren – volgens de GAF-schaal van de DSM-IV – wordt niet hoog ingeschat: zowel de gemiddelde score voor symptomen als die voor belemmering liggen tussen de 30 en 40. De corresponderende beschrijvingen zijn:

Symptomen:

enige beperkingen in de 'reality testing' of de communicatie (bijv. de spraak is bij tijden onlogisch, vaag of niet terzake)

Handicap/belemmering:

belangrijke beperkingen op verschillende terreinen, zoals werk, school, gezins- of familierelaties, oordeelsvorming, denken, of stemming (bijv. depressieve man gaat vrienden uit de weg, verwaarloost gezin, en is niet in staat om te werken; kind slaat vaak kleinere kinderen in elkaar, is thuis opstandig en mislukt op school).

5.1.3 Werking en verloop

Hoe werkt de observatiemachtiging in de praktijk en wat is het verloop?

Betrokkenen worden doorgaans per ambulance naar een GGZ-instelling vervoerd. Soms zijn mensen door familie naar een instelling gebracht en in één van de case studies was te zien dat een politieagent en een hulpverlener de betrokkene naar de instelling brachten.

Eenmaal in het ziekenhuis werd vooral verpleegkundige begeleiding geboden. Ook motiverende gesprekken werden regelmatig ingezet. Specifieke interventies als psychofarmaca of psychotherapie, werden weinig toegepast. Eén van de contactpersonen gaf aan dat een betrokken patiënt gewoon met het behandelprogramma van de afdeling had meegedraaid. De observatie-activiteiten werden niet beperkt tot diagnostiek op psychiatrische ziektebeelden alleen. Betrokkenen kregen soms ook te maken met somatisch onderzoek (bloedonderzoek en ECG werden hierbij expliciet genoemd).

Na afloop van de observatiemachtiging nam het aantal verleende Bopz-maatregelen fors toe. Waren voorafgaand aan de observatiemachtiging negen mensen (11%) met de Bopz in aanraking geweest, erna steeg dit aantal tot 39 (52%). Hieruit kan worden geconcludeerd dat in de opnameperiode vaak is gekeken naar de gronden voor een andere Bopz-maatregel.

Er zijn procedurele fouten gemaakt in de uitvoering van de observatiemachtiging. De meest ingrijpende fouten die in het onderzoek naar voren zijn gekomen, betreffen de toepassing van dwangbehandeling en/of middelen of maatregelen. Vijf mensen (6%) werden met een dergelijke ingreep geconfronteerd, terwijl dat in het kader van een observatiemachtiging niet is toegestaan. Het uitvoerend personeel was in deze gevallen onvoldoende op de hoogte van de randvoorwaarden van de observatiemachtiging.

5.1.4 Effecten

Wat zijn de (neven)effecten van de observatiemachtiging volgens betrokken personen zelf, hun naasten en betrokken hulpverleners?

Voor deze onderzoeksvraag waren de schriftelijke vragenlijsten voor de GGZ-contactpersonen en de case studies de voornaamste informatiebronnen. Dat juist bij deze bronnen de dataverzameling niet optimaal verliep (zie hoofdstuk 2 voor meer uitleg over de problemen in de uitvoering van het onderzoek), bemoeilijkte de uitwerking van deze onderzoeksvraag.

Wat wel duidelijk naar voren is gekomen, is dat een aanzienlijk deel van de mensen met een Bopz-vervolgmaatregel te maken kreeg. Meestal was de observatiemachtiging een opstap naar een voorlopige machtiging: in 80 procent van de vervolgmaatregelen was dit het geval. Vanuit de schriftelijke vragenlijsten kon worden opgemaakt dat voor acht van de 24 mensen een vervolg in de hulpverlening zou plaatsvinden. Het ging dan hoofdzakelijk om ambulante trajecten in de GGZ. Voor 20 van de 24 mensen was tijdens de observatiemachtiging al contact geweest met externe hulpverleners. Voor vijftien van de 24 mensen was een behandelplan opgesteld voor vervolghulpverlening.

Het doel van de aanvrager van de observatiemachtiging was in vrijwel alle gevallen duidelijk. Bijna de helft van de genoemde doelen betrof (verdere) diagnostiek. Daarnaast was vooral (het motiveren voor) behandeling een veelgenoemd doel. Positief is dat in ruim driekwart van de ingevulde vragenlijsten werd aangegeven dat de beoogde doelen waren gehaald. In de meeste gevallen werd aangegeven dat meer duidelijkheid was verkregen over de diagnose. Een kanttekening die wel regelmatig terug komt is dat waarschijnlijk ook direct een VM aangevraagd had kunnen worden.

Heeft de observatiemachtiging de mogelijkheden voor hulpverlening verbeterd? In de helft van de vragenlijsten werd positief geantwoord. Dit werd dan vooral gerelateerd aan positieve vervolgtrajecten. De observatiemachtiging was in deze gevallen dus een goed middel geweest om mensen 'binnen' te halen en met ze in contact te komen. De negatieve antwoorden hadden vooral betrekking op de geringe behandel mogelijkheden binnen de observatiemachtiging. Het direct aanvragen van een andere Bopz-maatregel werd dan een betere optie gevonden.

5.2 Beschouwing

Over de observatiemachtiging en de totstandkoming ervan kan veel gezegd worden. De maatregel ontmoette weerstand, die te maken had met de relatief 'soepele' opnamecriteria ("ernstig vermoeden"), de (on)mogelijkheid om dwang toe te passen, mogelijk misbruik van de maatregel (overlastbestrijding), een toename van de werkdruk in het veld door de vele nieuwe dwangopnames en het mogelijk creëren van een nog grotere kloof tussen de hulpverlening en zorgwekkende zorgmijders (Hezewijk, 2005; Hoopen, 2003; Lucieer, 2002). Er waren ook positieve opmerkingen (Veldhuizen, 2003). De observatiemachtiging kon – door de ruimere opnamecriteria – een meer preventieve waarde hebben met betrekking tot gevaar dan een 'gewone' RM. Bovendien was de observatiemachtiging – qua opnameduur – een lichter middel dan een gewone RM en de observatiemachtiging zou een nuttige opstap kunnen zijn naar een voorwaardelijke RM. Daarnaast was van Veldhuizen minder bezorgd over eventueel misbruik van de maatregel. Door de te volgen juridische procedure (toetsing door een rechter en de ondersteuning van de cliënt door een raadsman) en het ingeperkte gevaarscriterium (alleen gevaar voor de betrokkene zelf) zou het risico van misbruik niet voor de hand liggen. Tot op zekere hoogte heeft alle discussie rond de observatiemachtiging ook doorgewerkt in de uitvoering van de evaluatie. De onderzoeksresultaten moeten dan ook

worden gezien vanuit de context waarin de observatiemachtiging tot stand is gekomen en vervolgens is uitgevoerd.

Voorgeschiedenis en uitvoering

In 2001 werd de observatiemachtiging bij amendement ingebracht tijdens de behandeling van de voorwaardelijke machtiging in de Tweede Kamer. Er is veel kritiek geweest op de observatiemachtiging en de behandeling daarvan in het parlement. De discussie rondom artikel 5 van het EVRM mag niet onvermeld blijven. Gezien de mogelijke strijdigheid van de observatiemachtiging met dit artikel, werd uiteindelijk een spoedadvies bij de Raad van State aangevraagd. Deze concludeerde dat het amendement niet onvereenigbaar was met het bewuste artikel uit het EVRM. De Tweede Kamer heeft het amendement aanvaard, waardoor voor de Eerste Kamer geen mogelijkheid meer was om de observatiemachtiging weg te stemmen, zonder daarbij ook de – breed ondersteunde – voorwaardelijke machtiging geen doorgang te laten vinden. De discussie in de Tweede Kamer over de observatiemachtiging heeft uiteindelijk geleid tot een horizonbepaling: twee jaar na de inwerkingtreding van de observatiemachtiging zou een verslag naar de Staten-Generaal worden gestuurd over de doeltreffendheid en effecten van de maatregel. Een jaar na het uitbrengen van het genoemde verslag zal de observatiemachtiging automatisch komen te vervallen, tenzij bij algemene maatregel van bestuur anders zal worden bepaald. Het ging bij de observatiemachtiging dus niet om een wetsvoorstel met de gebruikelijke voorbereiding en consultatie van betrokken veldpartijen. Doorgaans vinden dergelijke wijzigingen niet plaats via een amendement en wordt er meer tijd genomen voor advisering door derden.

Op 1 januari 2006 trad de observatiemachtiging in werking. In december van datzelfde jaar deed de Hoge Raad een uitspraak die gevolgen had voor toekomstige aanvragen. Wederom stond het artikel 5 uit het EVRM centraal en ditmaal niet zonder gevolgen. De uitspraak van de Hoge Raad heeft de reikwijdte van de observatiemachtiging ingeperkt. Het ernstige vermoeden van een stoornis van de geestvermogens werd als onvoldoende grond gezien voor het verlenen van een observatiemachtiging. Dit had tot gevolg dat vanaf dat moment de stoornis van de geestvermogens met voldoende zekerheid moest worden aangenomen, maar nog nader onderzoek behoefde.

Bevindingen

Eén van de meest in het oog springende gegevens uit de evaluatie, is dat de observatiemachtiging weinig is aangevraagd. Voor 2006 zou dit gelegen kunnen hebben aan onbekendheid met de maatregel en het beter benutten van de al bestaande opnamemogelijkheden die de Wet Bopz bood (Marle, 2007). In 2007 speelde waarschijnlijk het arrest van de Hoge Raad een belangrijke rol in het geringe aantal aanvragen. Waar vooraf werd gevreesd voor een forse toename in werkdruk voor de juridische sector en de GGZ, kan nu worden gesteld dat deze vrees vooralsnog ongegrond is geweest. De vrees voor oneigenlijk gebruik van de observatiemachtiging- in het bijzonder de inzet van de maatregel ter bestrijding van overlast – is evenmin uitgekomen. Verder zijn rechters behoedzaam omgegaan met de observatiemachtiging. Geen enkele andere Bopz-maatregel is – relatief gezien – zo vaak afgewezen als de observatiemachtiging. Terwijl aan de andere kant rechters de observatiemachtiging soms een passender alternatief vonden dan een voorlopige machtiging. Een aanzienlijk deel van de opgenomen mensen is na de observatiemachtiging in beeld gebleven via een andere Bopz-maatregel en er zijn – in mindere mate - ook vrijwillige vervolgetrajecten ingezet.

Bij de uitvoering van de observatiemachtiging zijn ook minder positieve ervaringen naar boven gekomen. Het toepassen van dwangbehandeling en middelen of maatregelen is niet toegestaan tijdens een observatiemachtiging. Dat toch enkele malen van deze instrumenten gebruik is gemaakt mag niet onvermeld blijven. Het niet kunnen inzetten van dwangtoepassingen wordt doorgaans als belangrijkste beperking gezien in het werken met de observatiemachtiging. Volgens veel mensen uit het werkveld is het vaak mogelijk om direct een voorlopige machtiging aan te vragen. Hiermee zijn meer mogelijkheden voor observatie en (dwang)behandeling of – maatregelen. Daar komt bij dat een voorlopige machtiging niet altijd zes maanden hoeft te duren. Afhankelijk van de situatie kan de rechter besluiten de voorlopige machtiging voor een kortere duur op te leggen (Hoopen, 2003). Bovendien kan een geneesheer-directeur iemand binnen de looptijd van de voorlopige machtiging – al dan niet onder voorwaarden – ontslag verlenen. Dit relativiseert het uitgangspunt dat de observatiemachtiging door zijn korte opnameduur een minder belastende maatregel zou zijn. Een ander punt van aandacht is het vervoer naar de GGZ-instelling. Hier is steeds een oplossing voor gevonden, maar – zo blijkt ook uit de vignetten – cliënten werden soms onder dwang naar een instelling begeleid. In het geval van de observatiemachtiging levert dit een tegenstrijdigheid op. De cliënten krijgen een dwangopname opgelegd waarin het niet is toegestaan met dwangtoepassingen te werken, maar soms werden cliënten met gedwongen vervoer naar de opnameafdeling gebracht. Een situatie die door cliënten als belastend zal worden ervaren en waarmee de werkrelatie met de hulpverlening mogelijk al met een valse start begint.

De beoogde doelgroep werd ten dele bereikt. Uitgaande van de op straat zwerfende zorgmijders mocht worden verwacht dat de bereikte doelgroep voornamelijk uit mannen zou bestaan met een gemiddelde leeftijd rond de 40 jaar (Hulsbosch, Nicholas, Smit, & Wolf, 2003; Hulsbosch, Nicholas, & Wolf, 2005; Hulsbosch, Nicholas, & Wolf, 2006; Jansen, Mensink, & Wolf, 2007; Lourens, Scholtens, & Werf, 2002; Planije & Wolf, 2004; Reinking et al., 2001; Wolf et al., 2002; Wolf et al., 2003; Wolf, Elling, & Graaf, 2000). Met de observatiemachtiging werden overwegend zorgmijders bereikt, zij het niet de groep die op straat leeft. Het ging vooral om mensen die wel over eigen woonruimte beschikten, maar waarbij (zelf)verwaarlozing en dreigende huisuitzetting een grote rol speelden. Opvallend was dat relatief veel vrouwen met de observatiemachtiging werden opgenomen. Onverwacht waren de opnames van enkele erg jonge mensen en opnames van mensen op respectabele leeftijd. Daar staat tegenover dat de bereikte doelgroep nog nauwelijks eerdere ervaringen met Bopz-maatregelen had gehad. Er werd met de observatiemachtiging blijkbaar een kleine, maar relatief ‘nieuwe’ groep cliënten binnen het bereik van de Wet Bopz gehaald.

Tot slot

De observatiemachtiging riep weerstand op in het veld. Deze weerstand en de onduidelijkheden rondom de maatregel hebben mogelijk hun weerslag gehad op de evaluatie. De uitkomst is een cirkelredenering, waarin het geringe gebruik van de observatiemachtiging een centrale rol speelt. Moeten we concluderen dat de observatiemachtiging weinig toevoegt aan de Wet Bopz en dat er daarom weinig gebruik van is gemaakt? Of heeft de observatiemachtiging (te) weinig kunnen toevoegen aan de overige Bopz-maatregelen omdat hij zo weinig is gebruikt? Op grond van de gevonden gegevens kan in ieder geval niet worden geconcludeerd dat de observatiemachtiging dermate slecht heeft gefunctioneerd dat voortzetting moet worden ontraden.

Het geringe gebruik kan op zich geen reden vormen om de maatregel na de ‘horizon’ niet voort te zetten. Indien de maatregel gehandhaafd wordt, dan lijkt het wel noodzakelijk alsnog

een bredere informatieronde uit te zetten, met name gericht op de klinische afdelingen die deze maatregel moeten uitvoeren (Waard & Veldhuizen, 2007). Deze informatieronde zou zich tevens kunnen richten op de ten uitvoer legging van de 'zelfbindingsmachtiging' die op 1 januari 2008 in werking is getreden. Immers bij beide vormen van machtiging is er sprake van "dwang op maat" op de klinische afdeling van het psychiatrische ziekenhuis. Dat is voor veel verpleegkundigen en psychiaters een nieuwe situatie die vraagt om bijscholing en aanpassing van bestaande protocollen. Daarbij dient voldoende toezicht op de uitvoering plaats te vinden, in de eerste plaats door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, maar wellicht ook door de positie van de patiëntenvertrouwenspersoon te versterken.

Indien het komt tot een besluit om de Observatie machtiging te continueren, dan lijkt een volgende evaluatie gedurende een periode van bijvoorbeeld twee jaar zinvol. In een dergelijke evaluatie zou meer dan nu aandacht moeten zijn voor de beoogde doelen bij aanvraag, het vervolg op de observatiemachtiging en het cliëntperspectief. De ervaring met de huidige evaluatie heeft geleerd dat juist voor het betrekken van cliënten in het onderzoek een breed draagvlak vanuit het veld nodig is. Vanuit het huidige evaluatieonderzoek kan (in overeenstemming met de opmerkingen vanuit de Derde Evaluatie Commissie Bopz) ook worden gemeld dat eventueel vervolgonderzoek beter vorm kan krijgen, wanneer onderzoekers en begeleidingscommissies de ruimte wordt geboden hun eigen onderzoeksvragen en -methoden te kunnen formuleren (Derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz, 2007).

Bijlagen

Bijlage 1 De begeleidingscommissie

Mw. M. E. van der Mede/Dhr. drs. E.G. Memeo	Ministerie van VWS
Mw. drs. M. C. G. van der Zanden	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Mw. mr. T. E. Stikker	GGZ Nederland
Mw. mr. H. van Lokven-van der Meer	Rechtbank Rotterdam
Mw. mr. M. van Eykelen	Arrondissementsparket Rotterdam
Dhr. prof. dr. C. L. Mulder	GGZ Groep Europoort
Mw. mr. I. van den Berg	
Mw. M. Luif	Ypsilon
Dhr. drs. J. R. van Veldhuizen	GGZ Noord-Holland Noord
Dhr. mr. A. Nieland	Ministerie van Justitie
Mw. drs. L. Broekaar/Mw. F. T. M. Bos	Stichting Pandora

De begeleidingscommissie heeft tot taak¹:

- A. Het houden van toezicht op de uitvoering van het onderzoek volgens het onderzoeksplan, inclusief het daarbij horende tijdschema
- B. Het instigeren van aanpassingen aan het onderzoeksplan, indien de omstandigheden daartoe naar het oordeel van de begeleidingscommissie of de onderzoeksinstelling aanleiding geven
- C. Het optreden als informatiebron voor de onderzoeker(s) met betrekking tot de inhoudelijke, procesmatige en onderzoekstechnische kant van het onderzoek
- D. Het verzorgen van introducties voor de onderzoeker(s) bij personen en instanties op het terrein van het onderzoek
- E. Het toetsen van interim- en eindrapportages aan het onderzoeksplan

Voor het eindrapport zijn de onderzoekers verantwoordelijk.

¹ Uit: Wegwijzer bij financiering van wetenschappelijk onderzoek door het Ministerie van Justitie. Ministerie van Justitie/WODC. April 2001.

Bijlage 2 Gebruikte afkortingen

ECG	- Electrocardiogram (hartfilm)
EEG	- Electro-encefalogram (een techniek voor het maken van een hersenscan)
EVRM	- Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
GAF	- Global Assessment of Functioning scale (onderdeel van de DSM-IV)
GGZ	- Geestelijke Gezondheidszorg
IBS	- Inbewaringstelling
IGZ	- Inspectie voor de Gezondheidszorg
MEV	- Machtiging op Eigen Verzoek
MVV	- Machtiging tot Voortzetting Verblijf
NVVP	- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
OBSM	- Observatiemachtiging
OM	- Openbaar Ministerie
OvJ	- Officier van justitie
RM	- Rechterlijke Machtiging
SPV	- Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
VM	- Voorlopige Machtiging
VWM	- Voorwaardelijke Machtiging
VWS	- (Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet Bopz	- Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen

Bijlage 3 Wettekst observatiemachtiging

Artikel 14h

1. De rechter kan op verzoek van de officier van justitie een observatiemachtiging verlenen om betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en te doen verblijven, indien het ernstig vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. Artikel 2, tweede lid, onder b, derde en vijfde lid, is van overeenkomstige toepassing.
2. De observatiemachtiging strekt ertoe te onderzoeken of:
 - a. een stoornis van de geestvermogens aanwezig is en
 - b. de stoornis betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken.
3. De observatiemachtiging heeft een geldigheidsduur van ten hoogste drie weken na de dag waarop de betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen, onverminderd de artikelen 48 en 49.
4. Op de observatiemachtiging zijn de artikelen 4 tot en met 7, eerste lid, 8, 9, eerste lid, eerste volzin, tweede tot en met vijfde lid, 10, eerste tot en met derde lid, en 11 tot en met 14 van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat uit de geneeskundige verklaring, bedoeld in artikel 5, moet blijken dat een geval als bedoeld in het eerste lid zich voordoet.
5. De observatiemachtiging schort op indien ten aanzien van betrokkene een inbewaringstelling is gelast.

Artikel 14i

1. Zolang de geldigheidsduur van de observatiemachtiging nog niet is geëindigd, kan de officier van justitie verzoeken dat een aansluitende machtiging als bedoeld in het vijfde lid wordt verleend. De officier van justitie neemt onverwijld een beslissing over het instellen van een verzoek tot het verlenen van een aansluitende machtiging, indien uit het onderzoek blijkt dat een stoornis van de geestvermogens betrokkene gevaar doet veroorzaken.
2. De griffier dient de ontvangst van het verzoekschrift terstond mee te delen aan de geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis waarin betrokkene krachtens de observatiemachtiging is opgenomen.
3. De rechter beslist binnen twee weken na het indienen van het verzoekschrift. In afwachting van de beslissing van de rechter wordt het gedwongen verblijf met ten hoogste twee weken na het indienen van het verzoekschrift voortgezet.
4. Indien de officier van justitie beslist om geen verzoek als bedoeld in het eerste lid in te stellen, doet hij daarvan terstond mededeling aan de geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis waarin betrokkene krachtens de observatiemachtiging is opgenomen.
5. De machtiging die volgt op een observatiemachtiging, is een machtiging als bedoeld in artikel 2, een machtiging als bedoeld in artikel 14a, dan wel een machtiging als bedoeld in artikel 32.

Bijlage 4 Uitspraak Hoge Raad (15-12-2006)

Uitspraak
15 december 2006
Eerste Kamer
Rek.nr. R06/117HR
RM/MK

Hoge Raad der Nederlanden

Beschikking

in de zaak van:

[Verzoekster],
wonende te [woonplaats],
VERZOEKSTER tot cassatie,
advocaat: mr. M.J. Post,

tegen

DE OFFICIER VAN JUSTITIE IN HET ARRONDISSEMENT ROTTERDAM,
gevestigd te Rotterdam,
VERWEERSTER IN CASSATIE,
advocaat: mr. D. Stoutjesdijk.

1. Het geding in feitelijke instantie

De officier van justitie in het arrondissement Rotterdam heeft op 31 juli 2006 onder overlegging van een door [betrokkene 1], als de niet bij de behandeling betrokken psychiater, afgegeven geneeskundige verklaring d.d. 19 juli 2006, de rechtbank aldaar verzocht een voorlopige machtiging te verlenen om verzoekster tot cassatie - verder te noemen: betrokkene - in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en verblijven.

De rechtbank heeft het verzoek ter terechtzitting van 17 augustus 2006 mondeling behandeld, hierbij zijn gehoord: de betrokkene bijgestaan door haar raadsman, de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen [betrokkene 2] en [betrokkene 3], [betrokkene 4] en de zuster van betrokkene. Voorts heeft de rechtbank telefonisch psychiater [betrokkene 5] en de huisarts van betrokkene gehoord. Na de verhoren heeft de rechtbank de verdere behandeling van het verzoek aangehouden en de officier van justitie in de gelegenheid gesteld desgewenst een verzoek tot het verlenen van een observatiemachtiging in te dienen.

De officier van justitie heeft op 25 augustus 2006, onder overlegging van een nieuwe door [betrokkene 1] afgegeven geneeskundige verklaring d.d. 24 augustus 2006 de rechtbank verzocht een observatiemachtiging te verlenen om betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en doen verblijven.

Bij beschikking van 28 augustus 2006 heeft de rechtbank een observatiemachtiging verleend om betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en verblijven tot uiterlijk 18 september 2006. Het verzoek tot voorlopige machtiging om betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en verblijven heeft de rechtbank bij beschikking van [eveneens] 28 augustus 2006 afgewezen.

Beide beschikkingen van de rechtbank zijn aan deze beschikking gehecht.

2. Het geding in cassatie

Tegen de beschikking van de rechtbank tot verlening van de observatiemachtiging heeft betrokkene beroep in cassatie ingesteld. Het cassatierekest en het aanvullend cassatierekest (aangeduid als nadere grieven) zijn aan deze beschikking gehecht en maken daarvan deel uit.

De officier van justitie heeft geconcludeerd tot verwerping van het beroep. Bij aanvullend verweerschrift heeft de officier van justitie gereageerd op het aanvullend cassatierekest.

De conclusie van de Advocaat-Generaal F.F. Langemeijer strekt tot niet-ontvankelijkverklaring van betrokkene in haar cassatieberoep.

3. Beoordeling van de ontvankelijkheid van het beroep

De geldigheidsduur van de hiervoor onder 1 vermelde, op 28 augustus 2006 verleende voorlopige observatiemachtiging om betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en verblijven is op 18 september 2006 verstreken. Om deze reden heeft betrokkene geen belang bij haar beroep, zodat zij daarin niet kan worden ontvangen.

4. Verdere overwegingen

4.1 De Hoge Raad ziet nochtans aanleiding in verband met het belang van de in de middelen aan de orde gestelde rechtsvragen het navolgende te overwegen.

4.2 De door de rechtbank op de voet van art. 14h Wet Bopz verleende observatiemachtiging berust op de navolgende beoordeling door de rechtbank van de toestand van betrokkene:

"Uit de geneeskundige verklaring en de mondelinge toelichting van de behandelend arts [...] blijkt van de volgende situatie: Bij betrokkene is sprake van paranoïde waanstoornis in het kader van schizofrenie.

Het ernstige vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene het volgende gevaar voor zichzelf doet veroorzaken:

Betrokkene is waarschijnlijk vanuit haar paranoïde waan zeer achterdochtig naar haar bureu. Betrokkene zou 's nachts voor geluidsoverlast zorgen. Het gevaar bestaat dat betrokkene door haar hinderlijk gedrag agressie van anderen over zichzelf afroept.

De opneming en het verblijf van betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis strekt ertoe te onderzoeken of betrokkene lijdt aan een stoornis van de geestvermogens en of die stoornis betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken.

Het gevaar kan niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis worden afgewend. Betrokkene geeft geen blijk van de nodige bereidheid vrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis te verblijven."

4.3 Middel 9 betoogt dat art. 14h lid 1 Wet Bopz onverenigbaar is met de bepaling van art. 5 lid 1, aanhef en onder e, EVRM, omdat die bepaling slechts detentie toelaat van daadwerkelijk geesteszieken, terwijl art. 14h lid 1 Wet Bopz voorziet in een opneming teneinde te onderzoeken of een stoornis van de geestvermogens aanwezig is.

4.4 Hieromtrent wordt het volgende overwogen. Uit de in de nrs. 3.8-3.12 van de conclusie van de Advocaat-Generaal vermelde rechtspraak van het EHRM valt af te leiden dat vrijheidsbeneming van geesteszieken in beginsel slechts toelaatbaar is indien op deugdelijke wijze is aangetoond dat de betrokkene geestesziek is. Niettemin heeft het EHRM aanvaardbaar geacht dat iemand voor korte tijd onvrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen opdat kan worden onderzocht of hij aan een geestesziekte lijdt, maar dat alleen in spoedeisende gevallen of wanneer de betrokkene in verband met diens gewelddadige gedrag is gedetineerd, terwijl dat onderzoek dan wel onmiddellijk na de vrijheidsbeneming behoort plaats te vinden. Buiten deze gevallen moet een onderzoek naar de geestestoestand voorafgaan aan een eventuele vrijheidsbeneming. Indien evenwel een dergelijk onderzoek onmogelijk blijkt omdat de betrokken persoon weigert zich aan een onderzoek te onderwerpen, kan worden volstaan met een beoordeling door een medisch deskundige op basis van het dossier, bij gebreke waarvan niet kan worden aangenomen dat op deugdelijke wijze is aangetoond dat de betrokkene geestesziek is.

4.5 Een observatiemachtiging als bedoeld in art. 14h Wet Bopz strekt volgens het tweede lid van dat artikel ertoe te onderzoeken of een stoornis van de geestvermogens aanwezig is en of de stoornis de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. De machtiging kan worden verleend indien, zoals het eerste lid van art. 14h bepaalt, het ernstig vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. Ingevolge art. 14h lid 4 moet bij een verzoek om verlening van een observatiemachtiging een geneeskundige verklaring als in dat artikel bedoeld worden overgelegd, waaruit blijkt dat een geval als bedoeld in het eerste lid zich voordoet. Dit in aanmerking nemende, en mede rekening houdende met de omstandigheid dat een observatiemachtiging volgens lid 3 van art. 14h niet langer dan drie weken kan gelden, acht de Hoge Raad verlening van een observatiemachtiging in verband met art. 5 EVRM slechts aanvaardbaar, indien op grond van de overgelegde medische verklaring met voldoende zekerheid kan worden aangenomen dat de betrokkene aan een, in het kader van de observatie nader te onderzoeken, stoornis van de geestvermogens lijdt, en het ernstige vermoeden bestaat dat die stoornis hem gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. Het middel betoogt in zoverre terecht dat art. 14h met de voorwaarde dat het ernstig vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken, de gevallen waarin een observatiemachtiging kan worden verleend ruimer omschrijft dan strookt met art. 5 EVRM.

4.6 Niettemin zou het middel, indien betrokkene in haar beroep ontvankelijk zou zijn geweest, niet tot cassatie hebben kunnen leiden. De rechtbank heeft immers op basis van de bij het verzoek overgelegde medische verklaring geoordeeld dat bij betrokkene sprake is van paranoïde waanstoornis in het kader van schizofrenie en dat het ernstige vermoeden bestaat dat betrokkene door die stoornis van de geestvermogens hinderlijk gedrag vertoont en daardoor agressie van anderen over zichzelf afroept. Daarvan uitgaande heeft de rechtbank geen met art. 5 EVRM onverenigbare toepassing gegeven aan art. 14h Wet Bopz.

4.7 De middelen 8 en 12, uitgewerkt in de nog binnen de cassatietermijn ter griffie van de Hoge Raad ingekomen "nadere grieven" van betrokkene tegen de bestreden beschikking, klagen dat de rechtbank in strijd met art. 8 lid 1 Wet Bopz beslist heeft zonder betrokkene te horen en mede op basis van een nieuwe geneeskundige verklaring waarover betrokkene zich niet

heeft kunnen uitlaten. Deze klacht is gegrond. De rechtbank heeft betrokkene weliswaar op 17 augustus 2006 gehoord, maar het ging toen om het, hiervoor in 1 bedoelde, verzoek van de officier van justitie van 31 juli 2006 tot het verlenen van een voorlopige machtiging als bedoeld in art. 2 Wet Bopz. De rechtbank heeft vervolgens kennelijk toepassing gegeven aan art. 8a Wet Bopz, waarna de officier op 25 augustus 2006 alsnog het, door de rechtbank in haar beschikking van 28 augustus 2006 gehonoreerde, verzoek om verlening van een observatiemachtiging heeft ingediend, dat blijkens de processtukken vergezeld ging van een nieuwe, van 24 augustus 2006 daterende, geneeskundige verklaring. De Wet Bopz laat niet toe dat een betrokkene op voorhand wordt gehoord, noch ook dat een betrokkene op voorhand afstand doet van zijn recht om te worden gehoord, op een nog in te dienen verzoekschrift tot verlening van een machtiging ingevolge de Wet Bopz.

5. Beslissing

De Hoge Raad verklaart [verzoekster] niet-ontvankelijk in haar beroep.

Deze beschikking is gegeven door de vice-president D.H. Beukenhorst als voorzitter en de raadsheren O. de Savornin Lohman, A.M.J. van Buchem-Spapens, J.C. van Oven en F.B. Bakels, en in het openbaar uitgesproken door de raadsheer E.J. Numann op 15 december 2006.

Conclusie
R06/117HR
Mr. F.F. Langemeijer
Parket, 24 oktober 2006

Conclusie inzake:

[Verzoekster]

tegen

Officier van Justitie te Rotterdam

In deze zaak wordt voor het eerst een observatiemachtiging aan de Hoge Raad voorgelegd. Het middel stelt onder meer de vraag aan de orde of deze machtiging in strijd is met art. 5, eerste lid, EVRM.

1. De feiten en het procesverloop

1.1. De officier van justitie in het arrondissement Rotterdam heeft op 31 juli 2006 aan de rechtbank aldaar verzocht een voorlopige machtiging te verlenen om thans verzoekster tot cassatie (hierna: betrokkene) in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en verblijven. Bij het verzoek is een geneeskundige verklaring overgelegd, welke op 19 juli 2006 is ondertekend door de niet bij de behandeling betrokken psychiater [betrokkene 1].

1.2. De rechtbank heeft het verzoek mondeling behandeld op 17 augustus 2006, in aanwezigheid van betrokkene en haar raadsman, twee sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, een pastoor en een zuster van betrokkene. De rechter heeft telefonisch de huisarts van betrokkene en de psychiater [betrokkene 5] gehoord(1). Blijkens het proces-verbaal van deze zitting heeft de rechtbank naar aanleiding van de verklaringen van de beide laatstgenoemden de verdere behandeling aangehouden teneinde de officier van justitie in de gelegenheid te stellen desgewenst een verzoek tot het verlenen van een observatiemachtiging in te dienen (art. 8a Wet Bopz).

1.3. De officier van justitie heeft op 25 augustus 2006 aan de rechtbank verzocht een observatiemachtiging te verlenen (art. 14h Wet Bopz). Bij dit verzoek is een geneeskundige verklaring overgelegd die op 24 augustus 2006 is ondertekend door de niet bij de behandeling betrokken psychiater [betrokkene 1].

1.4. De rechtbank heeft bij beschikking van 28 augustus 2006 een observatiemachtiging verleend om betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en verblijven tot uiterlijk 18 september 2006. De rechtbank overwoog: "Uit de geneeskundige verklaring en de mondelinge toelichting van de behandelend arts voornoemd blijkt van de volgende situatie:
Bij betrokkene is sprake van paranoïde waanstoornis in het kader van schizofrenie.
Het ernstige vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene het volgende gevaar voor zichzelf doet veroorzaken:
Betrokkene is waarschijnlijk vanuit haar paranoïde waan zeer achterdochtig naar haar burens. Betrokkene zou 's nachts voor geluidsoverlast zorgen. Het gevaar bestaat dat betrokkene door haar hinderlijk gedrag agressie van anderen over zichzelf afroept.
De opnemings- en het verblijf van betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis strekt [lees: strekken] ertoe te onderzoeken of betrokkene lijdt aan een stoornis van de geestvermogens en of die stoornis betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. Het gevaar kan niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis worden afgewend.

Betrokkene geeft geen blijk van de nodige bereidheid vrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis te verblijven."

1.5. Bij beschikking van gelijke datum heeft de rechtbank het verzoek tot verlening van een voorlopige machtiging afgewezen onder verwijzing naar de verleende observatiemachtiging.

1.6. Namens betrokkene is op 30 augustus 2006 - derhalve tijdig(2) - cassatieberoep ingesteld tegen de beschikking tot verlening van de observatiemachtiging. Namens de officier van justitie is verzocht het cassatieberoep te verwerpen.

1.7. Namens betrokkene is, tegelijk met de aanbieding van het procesdossier aan de griffier, een aanvullend verzoekschrift onder de aanhef "nadere grieven" ingediend. Namens de officier van justitie is hierop gereageerd in een aanvullend verweerschrift.

2. De ontvankelijkheid van het cassatieberoep

2.1. Op grond van art. 14h, vierde lid, Wet Bopz is het vijfde lid van art. 9 Wet Bopz van toepassing. Hieruit volgt dat de mogelijkheid van hoger beroep is uitgesloten. Ingevolge art. 398 Rv staat beroep in cassatie open(3).

2.2. In de parlementaire geschiedenis van de wettelijke regeling van de observatiemachtiging is opgemerkt dat de mogelijkheid van cassatie rechtswaarborgen biedt tegen willekeur en de rechtseenheid bevordert(4). Dat is juist, doch wellicht is daarbij over het hoofd gezien dat, ingevolge vaste rechtspraak, een cassatieberoep bij gebrek aan belang niet-ontvankelijk pleegt te worden verklaard na het verstrijken van het tijdvak waarvoor de in cassatie bestreden machtiging is verleend(5). Een observatiemachtiging kan ten hoogste voor drie weken worden verleend (art. 14h lid 3 Wet Bopz)(6). Ook in dit geval is het tijdvak waarvoor de observatiemachtiging is verleend inmiddels verstreken. Het beoogde resultaat, te weten dat de vrijheidsbeneming op grond van de bestreden machtiging een einde neemt, is van rechtswege al bereikt. In het cassatieverzoekschrift niet is aangegeven dat - en waarom - betrokkene na het verstrijken van dit tijdvak belang behoudt bij de verzochte beslissing. De conclusie zal moeten strekken tot niet-ontvankelijkverklaring.

2.3. Van de zijde van de officier van justitie is erop aangedrongen dat de Hoge Raad, in een overweging ten overvloede, zijn oordeel zal geven over het middelonderdeel dat ter discussie stelt of de observatiemachtiging in strijd is met art. 5 EVRM. Ik sluit mij hierbij aan en zal daarom de klacht inhoudelijk bespreken. Voor het geval dat de Hoge Raad zich ook daarover nog zou willen uitspreken ga ik in paragraaf 5 kort in op de overige middelonderdelen.

2.4. Tussen partijen is voorts in geschil of betrokkene kan worden ontvangen in zijn "nadere grieven". De jurisprudentie, genoemd in het aanvullend verweerschrift van de zijde van de officier van justitie(7), ziet op de vraag of ná het verstrijken van de cassatietermijn een aanvullend middel van cassatie kan worden ingediend nadat in de cassatiedagvaarding of het cassatieverzoekschrift een daartoe strekkend voorbehoud was gemaakt in verband met de omstandigheid dat de tekst van de beschikking of de tekst van het proces-verbaal van de terechtzitting niet beschikbaar was vóór het verstrijken van de cassatietermijn. In de onderhavige zaak gaat het om een andere vraag, namelijk de vraag of acht mag worden geslagen op een tweede verzoekschrift, houdende aanvullende klachten in cassatie ("nadere grieven"), dat nog binnen de cassatietermijn is ingediend. Die vraag is in dagvaardingsprocedures al eerder aan de orde geweest en dient te worden beantwoord aan de hand van de eisen van een behoorlijke procesorde(8).

2.5. Er is geen reden waarom voor de verzoekschriftprocedure in cassatie een andere regel zou moeten gelden dan voor dagvaardingsprocedures. In beide gevallen bevat het inleidende processtuk in cassatie de omschrijving van de middelen waarop het beroep steunt(9). Wel is een verschil, dat in dagvaardingsprocedures in cassatie een recht bestaat op een (mondelinge of schriftelijke) toelichting van de middelen, terwijl voor verzoekschriftprocedures art. 428 Rv bepaalt dat de Hoge Raad een toelichting door de advocaten kan bevelen indien het belang der zaak dit geraden doet voorkomen(10). In dit verschil zie ik onvoldoende grond voor het oordeel dat een verzoeker in cassatie binnen de cassatietermijn niet een aanvullend verzoekschrift in cassatie zou mogen indienen(11). Wel blijkt uit de aangehaalde jurisprudentie dat de eisen van een behoorlijke procesorde hieraan een grens kunnen stellen. In het onderhavige geval blijkt niet dat de cassatiemiddelen in de beide verzoekschriften onderling onverenigbaar zijn of anderszins de wederpartij of de rechter in twijfel laten over de inhoud en strekking van (een van) de middelen. Evenmin is gesteld of gebleken dat verweerder in cassatie door de opeenvolging van een eerste en een tweede cassatieverzoekschrift is benadeeld in zijn mogelijkheden tot verdediging in cassatie of tot het instellen van een incidenteel cassatieberoep. De slotsom is dat de eisen van een behoorlijke procesorde zich in dit geval niet ertegen verzetten dat betrokkene in zijn klachten in het aanvullend cassatieverzoekschrift ontvankelijk wordt geacht(12).

2.6. Bij het aanvullend cassatieverzoekschrift is een verklaring d.d. 4 september 2006 van de huisarts overgelegd, die niet tot de gedingstukken in feitelijke instantie heeft behoord. Art. 419 lid 2 in verbinding met art. 429 lid 2 Rv staat eraan in de weg dat de cassatierechter op deze verklaring acht slaat.

3. Inleidende beschouwingen

3.1. Bij de totstandkoming van de Wet Bopz was in het oorspronkelijke voorstel van wet een voorlopige machtiging

voorgesteld met een duur van ten hoogste drie weken, te rekenen vanaf de dag waarop de patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen(13). Tijdens het verblijf op grond van zulk een voorlopige machtiging zou de betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis kunnen worden geobserveerd en nader worden onderzocht. Een voorlopige machtiging kon volgens het wetsvoorstel worden verleend wanneer iemand tengevolge van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis zijner geestvermogens gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen, maar niet blijkt geeft van de nodige bereidheid zich in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen. Dit moest blijken uit een verklaring van een zenuwarts (ontwerp-artikel 5). Wanneer een langer verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis nodig werd geoordeeld kon een vordering worden ingediend tot het verlenen van een machtiging tot voortgezet verblijf. Een zgn. novelle(14), die hoofdzakelijk werd ingegeven door het belang van werkbeparing voor de gerechten, heeft de maximale geldigheidsduur van een voorlopige machtiging verhoogd tot zes maanden, welke termijn thans is neergelegd in art. 10 lid 4 Wet Bopz. De materiële vereisten voor het verlenen van een voorlopige machtiging waren - en zijn nog steeds - neergelegd in art. 2 Wet Bopz.

3.2. In september 2000 is bij de Tweede Kamer een voorstel van wet ingediend(15), strekkend tot invoering van de voorwaardelijke machtiging (de huidige art. 14a e.v. Wet Bopz). Tijdens de parlementaire behandeling hiervan hebben de Tweede Kamerleden Van der Hoek en Passtoors een amendement ingediend, dat strekte tot het invoegen van een geheel nieuwe paragraaf in hoofdstuk II Wet Bopz, te weten de paragraaf "Observatiemachtiging" (art. 14h en 14i)(16). De toelichting op het amendement vermeldt onder meer het volgende:

"In de praktijk blijkt, dat ondanks de omschrijving van het gevaarscriterium onder artikel 1, lid 1 sub f, psychiaters, rechters en hulpverleners een groep patiënten niet kunnen laten opnemen via hetzij toepassing van artikel 2 (voorlopige machtiging) hetzij artikel 20 (inbewaringstelling).

Het gaat in het bijzonder om mensen zonder ziekte-inzicht, die zich onttrekken aan hulpverlening en behandeling, maar wel (meestal al jaren) bekend zijn bij de hulpverlening. Het gaat om mensen, die volharden in het afwijzen van vormen van hulp en zorg en behandeling die hun toestand wezenlijk zou kunnen verbeteren. Daarnaast blijven een aantal essentiële vragen onbeantwoord. Deze vragen betreffen de stoornis, het gevaar en de wijze waarop dat af te wenden zou zijn. (...)

Door behandelaars en hulpverleners is geconstateerd, dat de groep zorgmijders zonder ziekte-inzicht, waarbij sprake is van een ernstig vermoeden van een stoornis van de geestvermogens, zonder zorg of behandeling blijft. Deze personen onttrekken zich volledig aan hulpverlening, maar vertonen wel gedrag waarbij kan worden vermoed dat er gevaar is ten gevolge van stoornis van de geestvermogens. Ethisch is dat niet goed te verantwoorden.

Het ingediende amendement voorziet in de mogelijkheid om, binnen de reikwijdte en toepassing van de Wet Bopz, voor personen op wie 'een ernstig vermoeden' van stoornis en dreigend gevaar voor zichzelf van toepassing is en die op korte termijn onderzoek en diagnostiek behoeven, een observatie-opname te gelasten. Uitdrukkelijk wordt hierbij gesteld, dat het niet de bedoeling is personen die bijvoorbeeld overlast veroorzaken, of zwerven op straat, willekeurig te laten opnemen op grond van de Wet Bopz. (...)

Het amendement beoogt door middel van een observatie-opname een kortdurende situatie te scheppen waarbinnen de gronden welke kunnen leiden tot een voorlopige of voorwaardelijke machtiging zorgvuldiger kunnen worden onderzocht en geformuleerd dan binnen een ambulante situatie, waarin de verloedering en veelal het middelengebruik voortgaan. Deze observatie-opname biedt overigens ook de patiënt de ruimte zich te bezinnen op de noodzaak en wenselijkheid van het accepteren van adequate behandeling. (...)

Het 'ernstig vermoeden' in het eerste lid van art. 14h is betrokken op de stoornis, zowel als op het gevaar: het kan zijn dat omtrent de aanwezigheid van gevaar, dan wel omtrent de stoornis geen zekerheid bestaat, of zelfs dat aangaande het één, zowel als het ander slechts een 'ernstig vermoeden' bestaat. (...)"(17)

3.3. De regering heeft aanneming van het amendement ernstig ontraden. Minister Borst (Volksgezondheid) vond het geen geschikte oplossing voor de problematiek:

"(...) Zij zijn vaak zorg gaan mijden, omdat zij negatieve ervaringen hebben met de hulpverlening. Het toepassen van dwang maakt hun wantrouwen volgens mij alleen maar groter. Ik heb zo-even uiteengezet dat ik voor deze groep veel meer heil zie in een actieve, bemoeiende en betrokken hulpverlening, outreaching. Verder biedt de observatiemachtiging geen enkele garantie voor het daadwerkelijk behandelen van patiënten omdat daarvoor (...) altijd weer de toestemming van betrokkene vereist is."(18)

Minister Korthals (Justitie) wees erop dat, ingevolge art. 5, eerste lid onder e, EVRM, een stoornis van de geestvermogens een grond voor rechtmatige vrijheidsbeneming kan zijn. Zijns inziens was nog maar de vraag, of onder deze verdragsbepaling ook gevallen kunnen worden begrepen waarin slechts sprake is van een ernstig vermoeden van een stoornis van de geestvermogens. Hij stelde voor het advies van de Raad van State in te winnen(19).

3.4. Vervolgens heeft de Raad van State hierover een advies uitgebracht(20). De Raad wees allereerst op het arrest inzake Winterwerp/Nederland(21). De Raad leidde hieruit af dat - afgezien van noodsituaties - de medische vaststelling van de geestelijke stoornis vooraf dient te gaan aan de detentie en dat de detentie niet mag worden gebruikt om onderzoek te doen naar het aanwezig zijn van een psychische stoornis en daarmee samenhangend gevaar (blz. 2). Vervolgens besprak de Raad de latere jurisprudentie van het EHRM, waaronder met name het arrest inzake Varbanov/Bulgarije(22), en kwam tot de volgende slotsom:

"Uit deze jurisprudentie kan worden afgeleid dat, behoudens in een noodsituatie, voor detentie wegens een geestesstoornis die gevaar voor de betrokkene of voor zijn omgeving oplevert, een voorafgaande medische beoordeling is vereist. Verder

blijkt dat het Hof niet snel aanneemt dat het onmogelijk is tijdig aan een actuele verklaring te komen. Rest de vraag of de arts daarbij moet hebben vastgesteld dat de betrokkene een geestesstoornis heeft die gevaar veroorzaakt, of dat ook met een 'ernstig vermoeden' daarvan kan worden volstaan. In rechtsoverweging 45 van dit arrest van 5 oktober 2000 stelt het Hof vast dat volgens vaste jurisprudentie betrokkene 'reliably (must) be shown to be of unsound mind'. In de concluderende rechtsoverweging 48 overweegt het Hof dat 'the applicant was not reliably shown to have been of unsound mind'. De rechtsoverwegingen daartussen lijken erop te wijzen dat de detentie niet onrechtmatig zou zijn geweest, indien de artsen van het psychiatrisch ziekenhuis betrokkene nog voor de opname zouden hebben onderzocht 'as to whether or not the applicant needed to be detained for an examination'. Hieruit kan worden afgeleid dat nog niet definitief hoeft te zijn vastgesteld dat de betrokkene 'of unsound mind' is. Nu de 'examination' in dit geval nodig was om na te gaan of de betrokkene in aanmerking zou moeten komen voor een behandeling, zodat de psychiatrische/medische indicatie slechts een voorlopig karakter kon hebben, is de Raad van mening dat een in tijd beperkte vorm van vrijheidsbeneming, gericht op het vaststellen of iemand daadwerkelijk een geestesstoornis heeft die gevaar veroorzaakt, niet onverenigbaar behoort te zijn met artikel 5 EVRM. In aanmerking genomen dat de observatiemachtiging, zoals voorgesteld in het amendement, ertoe strekt om te beoordelen of voor de betrokkene een voorlopige of voorwaardelijke machtiging noodzakelijk is, dat zij dient te berusten op een onafhankelijke geneeskundige verklaring, in tijd beperkt is en dat de rechter als beslissende autoriteit wordt aangewezen, acht de Raad het amendement niet onverenigbaar met artikel 5, eerste lid, onder e, EVRM. Het 'ernstig vermoeden' van het eerste lid en de 'geneeskundige verklaring' van het vierde lid garanderen dat er een voldoende voorlopige indicatie bestaat dat betrokkene 'of unsound mind' is. De Raad onthoudt zich van een oordeel over de noodzaak, de uitvoerbaarheid en de effectiviteit van het in het amendement voorgestelde."

3.5. De regering behield haar aarzelingen:

"Wij respecteren het oordeel van de Raad in dezen, maar merken, ook tegen de achtergrond van de voorzichtige bewoordingen van de Raad, op dat het moeilijk blijft om uit een uitspraak van het EHRM in een concrete casus een meer algemene regel af te leiden, die ook op andere gevallen toepasbaar is. Absolute zekerheid omtrent de verenigbaarheid met het EVRM kan eerst worden verkregen indien het EHRM zich daarover in een voorkomend geval als bedoeld in het amendement zou uitspreken. (...)"(23)

De regering beperkte zich in het verdere debat echter tot haar andere bezwaren tegen het amendement. In de loop van het debat is het amendement in kamerstuk nr. 18 vervangen door dat in nr. 24 en dit weer door dat in nr. 31. In een afzonderlijk amendement(24) is een wettelijke verplichting tot evaluatie van de toepassing van de observatiemachtiging voorgesteld(25) alsmede een zgn. horizonbepaling. Het amendement tot invoering van de observatiemachtiging is aangenomen, waardoor de regeling van de observatiemachtiging is opgenomen in de wet van 13 juli 2002, Stb. 431.

3.6. Voor wat betreft het onderdeel 'observatiemachtiging' heeft de invoering van deze wet enige tijd op zich laten wachten. Dit uitstel hield verband met de noodzaak van enkele technische verbeteringen. Deze zijn aangebracht bij wet van 3 februari 2005, Stb. 95. Vervolgens is de aldus gewijzigde wettelijke regeling van de observatiemachtiging in werking getreden op 1 januari 2006(26). De gewijzigde horizonbepaling(27) houdt in dat één jaar na het uitbrengen van het in artikel VI bedoelde verslag paragraaf 1b van hoofdstuk II (dat is de paragraaf over de observatiemachtiging) geheel vervalt, tenzij bij algemene maatregel van bestuur anders wordt bepaald. De bedoelde evaluatie heeft nog niet plaatsgevonden.

3.7. Uitgangspunt voor de discussie is de tekst van art. 5 EVRM. Niemand mag zijn vrijheid worden ontnomen, behalve in de daar genoemde gevallen en overeenkomstig een wettelijk voorgeschreven procedure. Tot de daar genoemde gevallen behoort de rechtmatige detentie van geesteszieken (art. 5, lid 1 onder e)(28). Is geen sprake van een geestesziekte, dan kan nog worden bezien of de vrijheidsbeneming op grond van één van de andere bepalingen in artikel 5 EVRM is toegestaan(29).

3.8. Het begrip 'geesteszieke' in art. 5 EVRM heeft een verdragsautonome betekenis. "It is a term whose meaning is continually evolving as research in psychiatry progresses, an increasing flexibility in treatment is developing and society's attitude to mental illness changes, in particular so that a greater understanding of the problems of mental patients is becoming more wide-spread." In de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw bestond maatschappelijk veel aandacht voor gevallen in de Sovjet-Unie, waar verkondigers van voor het politieke regime onwelgevallige meningen (zgn. dissidenten) werden opgesloten als waren zij krankzinnig. Het EHRM verzekerde: "In any event, sub-paragraph (e) of Article 5 par. 1 obviously cannot be taken as permitting the detention of a person simply because his views or behaviour deviate from the norms prevailing in a particular society"(30). De rode draad in de jurisprudentie van het EHRM over het eerste lid van artikel 5 is de preventie van willekeurige vrijheidsbeneming(31).

3.9. In het standaardarrest Winterwerp/Nederland is een drietal voorwaarden geformuleerd:

"In the Court's opinion, except in emergency cases, the individual concerned should not be deprived of his liberty unless he has been reliably shown to be of 'unsound mind'. The very nature of what has to be established before the competent national authority - that is, a true mental disorder - calls for objective medical expertise (vereiste 1, noot A-G). Further, the mental disorder must be of a kind or degree warranting compulsory confinement (vereiste 2). What is more, the validity of continued confinement depends upon the persistence of such a disorder (vereiste 3). (...)

In deciding whether an individual should be detained as a 'person of unsound mind', the national authorities are to be

recognised as having a certain discretion since it is in the first place for the national authorities to evaluate the evidence adduced before them in a particular case". (rov. 39 - 40).

3.10. De aangehaalde zaak Varbanov/Bulgarije betrof een opsporingsonderzoek, waarin twijfel was gerezen of de verdachte aan een stroomis van de geestvermogens leed. Omdat de verdachte niet vrijwillig meewerkte aan een psychiatrisch onderzoek had de openbare aanklager bevel gegeven om de (niet preventief gedetineerde) verdachte voor 20 dagen op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis teneinde aldaar te worden onderzocht. Het EHRM herhaalde de criteria uit het arrest-Winterwerp en werkte de eerste twee vereisten nader uit:

"46. The Court further reiterates that a necessary element of the 'lawfulness' of the detention within the meaning of Article 5 par. 1 (e) is the absence of arbitrariness. The detention of an individual is such a serious measure that it is only justified where other, less severe measures, have been considered and found to be insufficient to safeguard the individual or public interest which might require that the person concerned be detained. The deprivation of liberty must be shown to have been necessary in the circumstances. (...)"

Ik parafraseer dit als: de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Met betrekking tot het vereiste van een objectief geneeskundig onderzoek verduidelijkte het EHRM:

"47. (...) The particular form and procedure in this respect may vary depending on the circumstances. It may be acceptable, in urgent cases or where a person is arrested because of his violent behaviour, that such an opinion be obtained immediately after the arrest. In all other cases a prior consultation should be necessary. Where no other possibility exists, for instance due to a refusal of the person concerned to appear for an examination, at least an assessment by a medical expert on the basis of the file must be required, failing which it cannot be maintained that a person has reliably been shown to be of unsound mind."

In rov. 48-49 werd een schending van art. 5, lid 1 onder e, EVRM aangenomen omdat aan het bevel tot detentie niet een objectief medisch onderzoek was voorafgegaan.

3.11. Van de latere rechtspraak, waarin deze maatstaven worden herhaald, noem ik hier: EHRM 12 juni 2003 (Herz/Duitsland)(32), waar na een conflict tussen gescheiden ouders over de omgang met hun kind, een gedwongen opname van de vader in een psychiatrisch ziekenhuis was gelast op basis van een summere medische verklaring. Na de opname werden uiteenlopende medische oordelen gegeven over de vraag of de betrokkene wel of niet aan een geestesziekte leed. Het EHRM wilde zich uitdrukkelijk niet mengen in de discussie of betrokkene inderdaad een stroomis van de geestvermogens had: de beantwoording van die vraag liet het EHRM over aan de nationale rechter. Vanuit het gezichtspunt van art. 5, eerste lid onder e, EVRM drong zich wel de vraag op of de nationale rechter, toen deze de voorlopige vrijheidsbeneming toestond, voldoende informatie ter beschikking had om de vrijheidsbeneming te rechtvaardigen (rov. 51). Het EHRM betrok in zijn oordeel dat een definitief resultaat van de medische beoordeling van de gezondheidstoestand van betrokkene blijkbaar niet gemakkelijk was te verkrijgen (rov. 53) en voorts de voorgeschiedenis en de beperkte duur van de detentie. Het EHRM besloot:

"Elle souligne, d'autre part, que la mesure d'internement avait une durée limitée de six semaines et avait été ordonnée précisément dans le but d'établir si le requérant souffrait ou non d'une maladie psychique. Par ailleurs elle rappelle que, contrairement à l'affaire Varbanov (...) l'internement provisoire du requérant a été ordonné sur la base d'un avis médical." (rov. 54),

en achtte uiteindelijk geen schending van art. 5, lid 1 onder e, EVRM aanwezig.

3.12. In de zaak R.L. tegen Frankrijk(33) was een persoon, in opgewonden toestand verkerend bij een caféruzie, door de politie meegenomen voor een voorlopig geneeskundig onderzoek en vervolgens overgebracht naar een psychiatrisch ziekenhuis. Bij nader psychiatrisch onderzoek in het ziekenhuis kon geen psychische stroomis worden vastgesteld. Betrokkene klaagde dat hij nodeloos, in elk geval nodeloos lang (naar ik begrijp: tot de volgende dag 12.45 uur), was vastgehouden. Het EHRM kon nog wel begrip opbrengen voor het feit dat betrokkene was meegenomen voor psychiatrisch onderzoek, maar niet voor het feit dat hij "pour des raisons purement administratives" nodeloos lang werd vastgehouden (rov. 127-128).

3.13. In de lidstaten van de Raad van Europa is de geestelijke gezondheidszorg op uiteenlopende wijzen georganiseerd. Dientengevolge is ook de gedwongen opname in psychiatrische ziekenhuizen verschillend geregeld(34). Verscheidene staten maken in hun nationale wetgeving onderscheid tussen een relatief kortdurende voorlopige opname in een psychiatrisch ziekenhuis en een daarop volgende opname voor langere tijd waarin een behandeling volgens een behandelingsplan kan worden gegeven. De hiervoor aangehaalde jurisprudentie van het EHRM noopt de bij het EVRM aangesloten staten om, ook wanneer het om zo'n relatief kortdurende voorlopige opname gaat, aan het bevel tot opname een objectief medisch onderzoek vooraf te laten gaan. Illustratief is de Belgische Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke(35). Deze wet kent een opname ter observatie in een psychiatrische dienst voor ten hoogste 40 dagen (art. 4 jo. 11). Gedurende deze periode wordt de zieke bewaakt, grondig onderzocht en behandeld met inachtneming van de beperkte duur van de maatregel. Indien de toestand van de zieke zijn verder verblijf in de instelling na het verstrijken van de observatieperiode vereist, zendt de directeur van de instelling een zgn. 'omstandig verslag' in, waarna de rechter de duur van het verder verblijf bepaalt voor ten hoogste twee jaren (art. 13). De in deze wet genoemde beschermingsmaatregelen mogen, bij gebreke van enige andere geschikte behandeling, alleen getroffen worden ten aanzien van een geesteszieke indien

zijn toestand zulks vereist, hetzij omdat hij zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt, hetzij omdat hij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit (art. 2). Het Hof van Cassatie heeft dienovereenkomstig beslist dat (ook) in een vonnis waarin wordt gelast dat de betrokkene ter observatie wordt opgenomen, vastgesteld dient te worden dat de betrokkene geestesziek is(36).

3.14. In Nederland wordt een voorlopige machtiging meestal verleend voor de maximale periode van zes maanden. Niets belet de rechter echter om de duur van de voorlopige machtiging op een veel korter tijdvak te stellen. Een zodanige aanpak zou de regeling in het oorspronkelijke wetsvoorstel Bopz en die in de Belgische wet benaderen. Een voorlopige machtiging voor de duur van ten hoogste drie of vier weken lijkt op een observatiemachtiging in de zin van de Wet Bopz, maar is niet hetzelfde. Voor een observatiemachtiging is een ernstig vermoeden toereikend; voor een voorlopige machtiging moet aan alle eisen van art. 2 zijn voldaan. Daartegenover staat dat een observatiemachtiging uitsluitend kan worden verleend indien de vermoedelijke stoomis de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. Ook de gevolgen verschillen: bij een 'gewone' machtiging is hoofdstuk III van de Wet Bopz (interne rechtspositie) geheel van toepassing; ten aanzien van personen die op grond van een observatiemachtiging in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen, is hoofdstuk III slechts gedeeltelijk van toepassing; zie het nieuwe art. 35a Wet Bopz.

3.15. Op internationaal politiek niveau is reeds eerder gedacht aan zoiets als een observatiemachtiging. In de Algemene Vergadering van de V.N. is in 1991 een resolutie met Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care aanvaard(37). Voor deze zaak is Principle 16 onder 2 van belang, maar volledigheidshalve noem ik ook de andere relevante bepalingen:

"Principle 4: determination of mental illness.

1. A determination that a person has a mental illness shall be made in accordance with internationally accepted medical standards.

2. (enz.)

Principle 5: medical examination.

No person shall be compelled to undergo medical examination with a view to determining whether or not he or she has a mental illness except in accordance with a procedure authorized by domestic law.

Principle 16: involuntary admission.

1. A person may (a) be admitted involuntarily to a mental health facility as a patient; or (b) having already been admitted voluntarily as a patient, be retained as an involuntary patient in the mental health facility if, and only if, a qualified mental health practitioner authorized by law for that purpose determines, in accordance with Principle 4, that that person has a mental illness and considers:

(a) That, because of that mental illness, there is a serious likelihood of immediate or imminent harm to that person or to other persons; or

(b) That, in the case of a person whose mental illness is severe and whose judgement is impaired, failure to admit or retain that person is likely to lead to a serious deterioration in his or her condition or will prevent the giving of appropriate treatment that can only be given by admission to a mental health facility in according with the principle of the least restrictive alternative.

(...)

2. Involuntary admission or retention shall initially be for a short period as specified by domestic law for observation and preliminary treatment pending review of the admission or retention by the review body. (...)" (38)

3.16. Ook in de aanbeveling (Recommendation) nr. (2004) 10 van het Comité van ministers van de Raad van Europa aan de lidstaten concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder d.d. 22 september 2004(39) komt een soort observatiemachtiging voor; zie art. 17 onder 2. Art. 17 (Criteria for involuntary placement) houdt het volgende in:

"1. A person may be subject to involuntary placement only if all the following conditions are met:

i. the person has a mental disorder;

ii. the person's condition represents a significant risk of serious harm to his or her health or to other persons;

iii. the placement includes a therapeutic purpose;

iv. no less restrictive means of providing appropriate care are available;

v. the opinion of the person concerned has been taken into consideration.

2. The law may provide that exceptionally a person may be subject to involuntary placement, in accordance with the provisions of this chapter, for the minimum period necessary in order to determine whether he or she has a mental disorder that represents a significant risk of serious harm to his or her health or to others, if:

i. his or her behaviour is strongly suggestive of such a disorder;

ii. his or her condition appears to represent such a risk;

iii. there is no appropriate, less restrictive means of making this determination; and

iv. the opinion of the person concerned has been taken into consideration."

Het Explanatory Memorandum vermeldt ten aanzien van het tweede lid:

"137. At first contact with a person not known to a mental health service whose behaviour is strongly suggestive of a mental disorder, it is not always possible to determine immediately whether the behaviour is definitely due to mental disorder or arises from another cause. In such cases, a provisional diagnosis of mental disorder may be made. If the conditions of paragraph 2 are satisfied the person may be subject to involuntary placement for the purposes of assessment according to the procedures set out in Articles 20 or 21.

138. Article 17 emphasises that the placement should be for the minimum period necessary to make the assessment. (...)"

3.17. Omdat de wettelijke regeling van de observatiemachtiging kort geleden in werking is getreden, is nu nog weinig rechtspraak beschikbaar(40).

3.18. Bij wijze van achtergrondinformatie vermeld ik nog dat de Gezondheidsraad een rapport heeft uitgebracht over de zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten(41). Het voert te ver, hier het gehele rapport te bespreken. Voor wat betreft de observatiemachtiging is de commissie van mening dat de betekenis van de regeling voor de groep van niet-opgenomen psychiatrische patiënten in acute situaties beperkt is: het probleem met deze groep patiënten is niet zozeer, dat onduidelijkheid bestaat over de aanwezigheid van een stoornis of over de mate van gevaar. Volgens de commissie is het meest dringende probleem: dat de betrokkene zich niet wil laten behandelen en/of opnemen. Dát probleem wordt door de komst van de observatiemachtiging niet vermindert. Wel biedt de observatiemachtiging volgens de commissie een mogelijkheid om eerder in te grijpen met wettelijke dwang: een ernstig vermoeden van een stoornis en daaruit voortvloeiend gevaar voor betrokkene zelf is immers genoeg(42).

4. Bespreking van het cassatiemiddel, onderdelen 9 - 11

4.1. Onderdeel 9 strekt ten betoge dat een observatiemachtiging, die ten doel heeft te onderzoeken of een stoornis van de geestvermogens aanwezig is, in strijd is met art. 5, eerste lid onder e, EVRM. Deze verdragsbepaling "staat detentie alleen toe indien er daadwerkelijk sprake is van geesteszieken, niet om dat te onderzoeken". De klacht is door verweerder ook als zodanig begrepen. Anders dan in de onderdelen 10 en 11 wordt gesuggereerd, was het voor de rechtbank - en is het thans voor de Hoge Raad - niet mogelijk prejudiciële vragen te stellen aan het EHRM(43).

4.2. Naar de tekst heeft art. 5, eerste lid onder e, EVRM alleen betrekking op de daar genoemde categorieën van personen, waarvan voor dit geding van belang is de categorie van geesteszieken (persons of unsound mind). Dit neemt niet weg dat het begrip 'geesteszieke' een ruime aanduiding is, waarvan de betekenis nader moet worden ingevuld, mede aan de hand van de ontwikkeling van de psychiatrische diagnostiek: it is a term whose meaning is continually evolving as research in psychiatry progresses(44). Ook de term "reliably", in het vereiste dat de betrokkene reliably must be shown to be of unsound mind, behoeft nadere invulling.

4.3. In de aangehaalde rechtspraak van het EHRM, in het bijzonder in het arrest Varbanov/Bulgarije, wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat aan het voorafgaande objectieve geneeskundig onderzoek onvermijdelijk imperfecties kleven. Dit geldt in de eerste plaats voor de categorie van spoedeisende gevallen (emergency cases, urgent cases), die in dit cassatiemiddel niet aan de orde is. Daarnaast noemt het EHRM gevallen waarin een volledig psychiatrisch onderzoek niet mogelijk is, met name indien de betrokkene onvoldoende medewerking verleent aan het onderzoek. In zo'n geval mag de rechter genoeg nemen met een assessment by a medical expert on the basis of the file.

4.4. De moeilijkheid steekt vooral in die gevallen waarin een ernstig vermoeden bestaat van een geestelijke stoornis, maar geen sprake is van een spoedgeval noch van het ontbreken van medewerking van de zijde van betrokkene. Kan in die gevallen worden gezegd dat de betrokkene is reliably shown to be of unsound mind? Om iets concreter te worden wijs ik op het voorbeeld dat in de toelichting op het nader gewijzigd amendement is gegeven(45):

"De beantwoording van vragen betreffende de stoornis wordt onder anderen bemoeilijkt wanneer er naast de psychiatrische stoornis sprake is van middelengebruik. Met name vragen of er sprake is van een eigen (wilsbekwame, autonome) keuze van de patiënt voor de ontstane levenswijze en situatie zijn in een situatie van actueel middelengebruik nauwelijks te beantwoorden.

De beantwoording van vragen betreffende het gevaar voor zelfverwaarlozing is veelal tevens afhankelijk van lichamelijk onderzoek, alsmede laboratorium- en ander aanvullend onderzoek. Dit alles is moeilijk of niet uit te voeren buiten een opname. Tevens kan in een dergelijke observatie-opname gezien worden welke mogelijkheden er zijn om buiten de inrichting het gevaar af te wenden."

4.5. De Hoge Raad is al eens eerder geconfronteerd met de problematiek van de samenloop van alcoholgebruik en een stoornis van de geestvermogens(46). Ook kan in voorkomend geval sprake zijn van een samenloop van verschillende psychische stoornissen, van een samenloop van lichamelijke en psychische ziekten of van een wisselwerking tussen een stoornis van de geestvermogens en omgevingsfactoren. Wanneer op basis van een eerste objectief geneeskundig onderzoek met voldoende betrouwbaarheid (reliably) kan worden vastgesteld dat sprake is van een stoornis van de geestvermogens (vereiste 1 uit het Winterwerp-arrest) en deze stoornis zodanig is dat zij de desbetreffende vrijheidsbeneming rechtvaardigt (vereiste 2 uit het Winterwerp-arrest), laat art. 5, eerste lid onder e, EVRM toe dat de patiënt overeenkomstig de regels van het nationale recht gedwongen wordt opgenomen. Tijdens het verblijf in het ziekenhuis kan observatie plaatsvinden en een nader geneeskundig onderzoek worden verricht. Dit nadere onderzoek kan ertoe leiden dat de eerder gestelde diagnose wordt

bevestigd of wordt ontkracht of op enig punt moet worden bijgesteld. In een klinisch onderzoek kan nader worden onderzocht of, en zo ja in welke mate, naast een stoornis van de geestvermogens andere factoren bijdragen tot het ontstaan en voortduren van het gevreesde gevaar.

4.6. De maatstaf van het "ernstig vermoeden" in art. 14h, lid 1, Wet Bopz sluit niet goed aan bij het in de jurisprudentie van het EHRM gestelde vereiste van het "reliably" vastgesteld zijn van de geestelijke stoornis. Indien de rechter - in het voetspoor van de onderzoekende arts - niet verder komt dan een (ernstig) vermoeden dat sprake is van een geestelijke stoornis, is niet voldaan aan het bestanddeel "geesteszieke" in art. 5, eerste lid onder e, EVRM (met de in de jurisprudentie aangenomen uitzondering voor spoedeisende gevallen). Wel lijkt de maatstaf van "reliably" enige ruimte te bieden voor een getrapte vaststelling van de geestelijke stoornis. Ik bedoel hiermee dat de jurisprudentie van het EHRM vrijheidsbeneming lijkt toe te laten nadat in een eerste psychiatrisch (veelal: niet-klinisch) onderzoek als voorlopige diagnose een stoornis van de geestvermogens is vastgesteld. Na de opname van de patiënt in het psychiatrisch ziekenhuis vindt een nader (klinisch) onderzoek plaats en kan deze eerste diagnose door een meer definitief onderzoeksresultaat worden vervangen. Wel moet worden gelet op het derde vereiste uit het arrest Winterwerp/Nederland: de duur van de vrijheidsbeneming. Afhankelijk van de omstandigheden kan het nodig zijn, de maximaal toegestane duur van de vrijheidsbeneming in dagen of zelfs in uren uit te drukken.

4.7. Uit het voorgaande volgt dat een vermoeden m.i. niet voldoende is, maar dat uit een objectief medisch onderzoek - al is het maar een voorlopig psychiatrisch onderzoek met de onderzoeksmiddelen die op dat ogenblik ter beschikking staan - moet blijken van een geestelijke stoornis die de (tijdelijke) vrijheidsbeneming kan rechtvaardigen. In een VWS-brochure is het standpunt ingenomen dat in gevallen waarin al direct duidelijk is dat sprake is van een stoornis van de geestvermogens die de betrokkene gevaar doet veroorzaken, dient te worden gekozen voor een voorlopige of een voorwaardelijke machtiging (of in spoedeisende gevallen voor een inbewaringstelling), maar niet voor een observatiemachtiging(47).

4.8. Ook los hiervan, zijn de praktische mogelijkheden voor het verlenen en voortzetten van een observatiemachtiging beperkt:

a. Mogelijk gevaar voor anderen is geen grond voor een observatiemachtiging. In de toelichting op het amendement is uitdrukkelijk gesteld dat de observatiemachtiging niet kan dienen om personen die overlast veroorzaken of op straat zwerven willekeurig in een psychiatrisch ziekenhuis te laten opnemen.

b. Een observatiemachtiging is gebonden aan het vereiste van subsidiariteit. Indien op een andere wijze dan door een gedwongen opname het voor een volledige diagnose benodigde medisch inzicht kan worden verkregen, is een observatiemachtiging niet toelaatbaar. Zo is bijvoorbeeld voor lichamelijk onderzoek, laboratorium- en ander aanvullend onderzoek niet zonder meer noodzakelijk dat de betrokkene gedwongen in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen, respectievelijk dat de gedwongen opname blijft voortduren.

c. Een observatiemachtiging is gebonden aan het vereiste van proportionaliteit. De rode draad in de jurisprudentie van het EHRM is het voorkomen van een willekeurige vrijheidsbeneming. Het spreekt voor zich, dat triviale beperkingen aan het psychiatrisch onderzoek ("De dokter heeft vandaag geen tijd") of des raisons purement administratives niet een vrijheidsbeneming kunnen rechtvaardigen.

4.9. Een opname op grond van een observatiemachtiging kan het effect hebben dat de toestand van de betrokkene sterk verbetert door de zorg en de verpleging in het psychiatrisch ziekenhuis of door de onthouding van drugs of alcohol. Ook kan de opname het bijkomende resultaat hebben dat de betrokkene de consequenties van zijn keuzen beter onder ogen ziet en, anders dan vóór de opname, zich openstelt voor een geneeskundige behandeling. Deze effecten mogen als positief worden beschouwd. Zij zijn op zichzelf niet voldoende grond om een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis te rechtvaardigen. Indien bij psychiatrisch onderzoek een geestelijke stoornis is vastgesteld die ten aanzien van deze mogelijke effecten de oordeelsvorming van de patiënt verhindert, kan - indien ook aan de overige wettelijke vereisten is voldaan - dit wel een factor in de beoordeling van het verzoek van de officier van justitie zijn.

4.10. In het onderhavige geval heeft de rechtbank, na een voorafgaand onderzoek door een niet bij de behandeling betrokken psychiater, vastgesteld dat bij betrokkene sprake is van een paranoïde waanstoornis in het kader van schizofrenie die een tijdelijke vrijheidsbeneming rechtvaardigt. In de redenering van de rechtbank is in dit geval derhalve sprake van een true mental disorder of a kind or degree warranting compulsory confinement. Daarmee is de feitelijke grondslag aan de klacht van onderdeel 9 komen te ontvallen.

4.11. Ik vermoed dat de twijfel van de rechtbank - en de reden om niet meteen een voorlopige machtiging te verlenen - betrekking heeft op het oorzakelijk verband tussen de geconstateerde stoornis van de geestvermogens en het gevreesde gevaar voor de patiënt. Die twijfel behoeft in dit geval geen verwondering te wekken: het gaat blijkens de geneeskundige verklaring hoofdzakelijk, zij het niet uitsluitend, om een voor een buitenstaander moeilijk te beoordelen grond van gevaar voor de patiënt zelf, te weten: het gevaar dat de betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen (art. 1, lid 1, onder f.1.d, Wet Bopz). De rechtbank heeft blijkbaar nader onderzoek in het kader van een observatiemachtiging nodig geacht om over dit oorzakelijk verband zekerheid te verkrijgen. Het lijkt mij verenigbaar met art. 5 lid 1 EVRM, dat een machtiging wordt gegeven wanneer een geestelijke stoornis is vastgesteld, doch niet méér (maar ook niet minder) dan een ernstig vermoeden bestaat ten aanzien van dit oorzakelijk verband. Gelet op het voorafgaande objectieve geneeskundig onderzoek, is hier geen sprake geweest van een willekeurige vrijheidsbeneming. De slotsom is dat de onderdelen 9 - 11 niet

tot cassatie behoeven te leiden.

5. Bespreking van de overige klachten

5.1. De onderdelen 1 - 5 bevatten slechts een inleiding. In onderdeel 6 wordt geklaagd dat de uitspraak in strijd met art. 28 Rv niet in het openbaar is geschied.

5.2. Art. 28, eerste lid, Rv bepaalt inderdaad dat de uitspraak in het openbaar geschiedt(48). In HR 1 november 1985, NJ 1986, 277, werd onder het vroegere procesrecht aanvaard dat voldoende is dat de uitspraak in die zin openbaar is dat de beschikking vanaf een bepaalde, aan de verschenen partijen tevoren bekend gemaakte dag ter griffie in geschreven vorm aanwezig is en dat zowel de partijen als elke andere belanghebbende inzage en afschrift van de beschikking kunnen verkrijgen. De Hoge Raad verwees naar de daar vermelde rechtspraak van het EHRM. Ook in het tegenwoordige burgerlijk procesrecht is niet voorgeschreven dat de tekst van de beschikking op een openbare terechtzitting wordt voorgelezen. De wetgever verstaat onder 'uitspraak': de mededeling van de beslissing aan partijen, die het moment bepaalt waarop de rechterlijke beslissing haar werking verkrijgt en waarop de termijnen voor hoger beroep of cassatie aanvangen(49). Art. 286 Rv schrijft dienovereenkomstig voor dat de rechter na afloop van de behandeling de dag bepaalt waarop hij uitspraak zal doen en deze mededeelt aan de verzoeker en de verschenen belanghebbenden.

5.3. In de onderhavige zaak heeft niet een afzonderlijke mondelinge behandeling van het verzoekschrift van de officier van justitie tot het verlenen van een observatiemachtiging plaatsgevonden. Over het achterwege laten van een afzonderlijke mondelinge behandeling van het verzoekschrift wordt geklaagd in de - hierna te bespreken - middelonderdelen 8 en 12. De rechtbank heeft wel uitspraak gedaan in die zin dat het moment aanwijsbaar is waarop de bestreden beschikking haar werking heeft verkregen. Over schending van art. 286 Rv is in cassatie niet geklaagd.

5.4. In onderdeel 7 wordt geklaagd dat niet onverwijld een afschrift van de beschikking aan betrokkene of haar advocaat is overhandigd.

5.5. Art. 290 lid 3 Rv schrijft voor dat de griffier zo spoedig mogelijk een afschrift van de beschikking verstrekt aan de verzoeker en aan de in de procedure verschenen belanghebbenden. De wetgever is ervan uitgegaan dat "zo spoedig mogelijk" hier betekent dat de griffier het afschrift op de dag van de uitspraak moet verstrekken(50). In het onderhavige geval is, blijkens de stempelafdruk op het overgelegde afschrift van de beschikking, op 30 augustus 2006 een afschrift van de beschikking d.d. 28 augustus 2006 aan verzoeker afgegeven. Een eventueel tekortschieten van de griffier in dit opzicht kan nimmer grond zijn voor cassatie van de beschikking(51).

5.6. In onderdeel 8 wordt geklaagd dat betrokkene, in strijd met art. 8 lid 1 Wet Bopz, niet door de rechtbank is gehoord. Onderdeel 12 voegt hieraan de klacht toe, dat betrokkene in strijd met art. 6 lid 1 EVRM niet in staat is gesteld zich te verdedigen tegen het verzoek van de officier van justitie tot verlening van een observatiemachtiging. In het aanvullend verzoekschrift in cassatie is door betrokkene tevens een beroep gedaan op art. 5 EVRM.

5.7. In cassatie kan ervan worden uitgegaan dat de rechtbank betrokkene niet afzonderlijk heeft gehoord op het verzoek van de officier van justitie tot verlening van een observatiemachtiging. Dit verzuim is in strijd met het bepaalde in art. 14h, lid 4, in verbinding met art. 8, lid 1, Wet Bopz. De rechtbank heeft niet vastgesteld dat betrokkene niet bereid was zich te doen horen. De bestreden beschikking verwijst onder het kopje "Het verloop van de procedure" naar de omstandigheid dat betrokkene en haar advocaat door de rechtbank zijn gehoord op 17 augustus 2006, in het kader van het eerder gedane verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging. In het uitgebreide proces-verbaal (tot de gedingstukken behoort ook een verkort proces-verbaal) van de mondelinge behandeling op 17 augustus 2006 is vermeld dat de rechtbank vóór haar beslissing telefonisch contact heeft gehad met de advocaat van betrokkene, met wie de rechtbank haar voornemen heeft besproken om artikel 8a toe te passen, waarbij werd gedacht aan een observatiemachtiging. Het p.-v. vervolgt: "De advocaat laat de rechtbank weten hier mee eens te zijn en dat het opnieuw horen van betrokkene, gelet op de onrust die hierdoor ontstaat, niet noodzakelijk is."(52) Indien de rechtbank van oordeel is geweest dat betrokkene op voorhand kan worden gehoord omtrent een verzoekschrift dat nog niet door de officier van justitie is ingediend, respectievelijk op voorhand afstand kan doen van het recht om te worden gehoord op een nog in te dienen verzoekschrift, acht ik dat oordeel in strijd met het recht(53). Gelet op het beschermingsniveau dat art. 14h in verbinding met art. 8 Wet Bopz betrokkene reeds biedt, behoeft de klacht over schending van art. 5 en/of art. 6 EVRM geen bespreking meer. Hetzelfde geldt voor de klacht in het aanvullend cassatieverzoekschrift die inhoudt dat betrokkene door de rechtbank ook niet in staat is gesteld om zich uit te laten over de geneeskundige verklaring d.d. 24 augustus 2006.

5.8. In de onderdelen 13 en 14 wordt geklaagd dat de rechtbank heeft verzuimd in te gaan op de bezwaren die door of namens betrokkene waren aangevoerd tegen de geneeskundige verklaring d.d. 19 juli 2006. Voor zover de geneeskundige verklaring diende ter ondersteuning van het verzoek van de officier van justitie tot verlening van een voorwaardelijke machtiging, mist betrokkene belang bij deze klacht: dat verzoek is immers afgewezen. In de bestreden beschikking wordt slechts verwezen naar de geneeskundige verklaring d.d. 24 augustus 2006; in zoverre mist de klacht feitelijke grondslag.

5.9. In onderdeel 15 wordt geklaagd dat in de bestreden beschikking ten onrechte, althans zonder een toereikende motivering,

is gesteld dat betrokkene geen blijk heeft gegeven van bereidheid om vrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis te verblijven(54). Ter toelichting op deze klacht is slechts gesteld dat betrokkene reeds onder behandeling was in het Erasmus Medisch Centrum.

5.10. Voor zover de klacht voortvloeit uit de omstandigheid dat betrokkene niet (opnieuw) door de rechtbank is gehoord naar aanleiding van het verzoek om verlening van een observatiemachtiging, deelt zij het lot van de onderdelen 8 en 12. Voor het overige valt op te merken dat de rechtbank ter motivering van haar beslissing heeft verwezen naar de geneeskundige verklaring, waarin met zoveel woorden is opgenomen dat betrokkene geen blijk geeft van bereidheid tot opname en verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis (rubriek 3.a). In rubriek 6.a is vermeld dat betrokkene geen ziektebesef heeft en elke vorm van behandeling dan wel contact met hulpverlenende instanties weigert.

5.11. In onderdeel 16 wordt geklaagd dat in de bestreden beschikking ten onrechte, althans zonder een toereikende motivering, is gesteld dat het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend(55).

5.12. Een zó algemeen geformuleerde klacht voldoet m.i. niet aan de eisen van art. 426a lid 2 Rv. In ieder geval faalt zij. De rechtbank heeft onderzocht of aan dit wettelijk vereiste is voldaan. De feitelijke juistheid van dit oordeel kan in een cassatieprocedure niet worden onderzocht. De rechtbank heeft ter motivering van haar beslissing verwezen naar de geneeskundige verklaring waarin, zoals gezegd, is vermeld dat betrokkene geen ziektebesef heeft en elke vorm van behandeling dan wel contact met hulpverlenende instanties weigert. In rubriek 6.a van de geneeskundige verklaring met bijlage is opgegeven welke andere mogelijkheden tot afwijking van het gevaar door de onderzoekende psychiater in overweging zijn genomen.

6. Conclusie

De conclusie strekt tot niet-ontvankelijkverklaring van betrokkene in haar cassatieberoep.

De Procureur-Generaal bij de
Hoge Raad der Nederlanden,

1 [Betrokkene 5], verbonden aan GGZ Groep Europoort, is in de eerste geneeskundige verklaring aangemerkt als de behandelend psychiater. Hij heeft een toelichting op de aanvraag voorlopige machtiging gegeven, welke als bijlage bij het eerste verzoekschrift is gevoegd. (In de tweede geneeskundige verklaring wordt de naam [betrokkene 5] gebruikt.)

2 Nu de wet geen andere termijn bepaalt, geldt hier de algemene termijn van drie maanden, te rekenen van de dag van de uitspraak: art. 426 lid 1 Rv.

3 De letterlijke bewoordingen van art. 426 lid 1 Rv ("door degenen, die in een der vorige instantiën verschenen zijn") staan niet in de weg aan de ontvankelijkheid van betrokkene in haar cassatieberoep: zie HR 27 november 1981, NJ 1983, 56 m.nt. WHH; Asser Procesrecht/Veegens-Korthals Altes-Groen, 2005, nr. 205. Het middel klaagt onder meer dat de rechtbank heeft verzuimd betrokkene (opnieuw) te horen alvorens de observatiemachtiging te verlenen.

4 MvA I, Kamerstukken I 2001/02, 27 289, nr. 239b, blz. 2.

5 In gelijke zin: losbl. De Wet Bopz, artikelsgewijs commentaar, aant. 5 op art. 14h (W. Dijkers). Zie voor de bedoelde vaste rechtspraak onder meer: HR 21 maart 1986, NJ 1986, 572; HR 23 januari 1987, NJ 1987, 409; HR 22 juni 2001, NJ 2001, 437; HR 31 januari 2003, NJ 2003, 271; HR 9 januari 2004, NJ 2004, 213; HR 17 juni 2005, BJ 2005, 24.

6 Indien vóór het einde van de geldigheidsduur van de observatiemachtiging een aansluitende machtiging is verzocht, wordt, in afwachting van de beslissing daarop, het gedwongen verblijf met ten hoogste twee weken verlengd: zie art. 14i lid 3 Wet Bopz.

7 Aanvullend verweerschrift, punt 3, alwaar genoemd zijn: HR 23 december 2005, NJ 2006, 31; HR 26 november 2004, NJ 2005, 25.

8 Het verzoekschrift houdende "aanvullende grieven" is op 18 september 2006 per fax en op 25 september 2006 als een door een advocaat bij de Hoge Raad ondertekend rekest, dus binnen de cassatietermijn, ter griffie van de Hoge Raad ingekomen. Zie voor de maatstaf voor het accepteren van een tweede cassatiedagvaarding: HR 10 juni 1983, NJ 1984, 294 m.nt. WMK en WHH; HR 19 december 2003, RvdW 2004, 10, JBPr 2004, 20 m.nt. M.W. Kellogg, rov. 3.3. Zie voor de maatstaf voor een tweede hoger beroep: HR 9 juli 1999, NJ 1999, 699; HR 4 april 2003, NJ 2003, 418.

9 Art. 407 lid 2 resp. art. 426a lid 2 Rv.

10 Een zodanig bevel is in deze zaak niet gegeven. Het voorgaande laat onverminderd het recht om te mogen antwoorden op een incidenteel cassatieberoep of op een exceptief verweer: zie art. 427a lid 2 Rv.

11 Hierbij komt nog het praktische argument dat - buiten de kwestie van de proceskosten - niets de verzoeker in cassatie belet, het eerste cassatieverzoekschrift in te trekken en binnen de cassatietermijn een nieuw cassatieverzoekschrift in te dienen.

12 Al eerder (in de conclusie voor HR 19 december 2003, RvdW 2004, 10) is gewezen op de mogelijkheid om, ongeacht de uitkomst van het cassatieberoep, in de proceskostenveroordeling tot uitdrukking te brengen dat het tweemaal dagvaarden voor de wederpartij nodeloos kosten heeft veroorzaakt (vgl. art. 237, lid 1 laatste volzin, Rv).

13 Kamerstukken II 1970/71, 11 270, nr. 2 (art. 4 en 10); MvT, ibidem, nr. 3, blz. 12-13. In een later stadium van de parlementaire behandeling is de termijn verlengd tot 4 weken (wet van 29 oktober 1992, Stb. 1992, 669: art. 8 lid 4).

14 Wet van 29 oktober 1992, Stb. 670. Zie hierover: Kamerstukken II 1988/89, 21 239, nr. 2 (art. 10); MvT, ibidem, nr. 3, blz. 5-6.

15 Kamerstukken II 2000/01, 27 289, nr. 2.

16 Kamerstukken II 2000/01, 27 289, nr. 13; later vervangen door nr. 18.

17 Kamerstukken II 2000/01, 27 289, nr. 18, blz. 2-3.

18 Handelingen II 6 september 2001, blz. 99/6220.

19 Handelingen II 6 september 2001, blz. 99/6624-6626.

20 Kamerstukken II 2001/02, 27 289, C.

21 EHRM 24 oktober 1979, NJ 1980, 114 m.nt. EAA. Het arrest is o.a. besproken in: R.A. Lawson en H.G. Schermers, *Leading Cases of the European Court of Human Rights*, 1999, blz. 95 e.v., en door M. Kuijjer in: *50 jaar EVRM*, special NJCM -bulletin 2000, blz. 61-83.

22 EHRM 5 oktober 2000, BJ 2001, 36 m.nt. W. Dijkers.

23 Kamerstukken II 2001/02, 27 289, C, blz. 4. In gelijke zin sprak minister Korthals bij de behandeling in de Eerste Kamer: Handelingen I, 2 juli 2002, blz. 34/1708-1709. Zie voor een samenvatting van de parlementaire behandeling: losbl. De Wet Bopz, artikelsgewijs commentaar, aant. 9 op art. 14h (W. Dijkers); P.J. van der Flier, *Ars Aequi* 2006, blz. 530 e.v., par. 3. Het advies van de Raad van State is bekritiseerd door J. Legemaate, opinie, NJB 2002, blz. 1463-1464.

24 Kamerstukken II 2001/02, 27 289, nr. 29.

25 Zie thans art. VI van de wet van 13 juli 2002, Stb. 431.

26 KB van 2 september 2005, Stb. 492.

27 Zie art. VII van de wet van 3 februari 2005, Stb. 95.

28 In de Engelse tekst: "persons of unsound mind"; in de Franse tekst: "aliéné".

29 Dit laatste speelt onder meer een rol bij de voorlopige hechtenis in een strafzaak, indien psychiatrisch onderzoek van de gedetineerde noodzakelijk wordt geacht.

30 Beide citaten zijn ontleend aan rov. 37 van het arrest inzake Winterwerp/Nederland, reeds aangehaald.

31 Vaste rechtspraak; zie bijv. rov. 46 van het arrest Varbanov/Bulgarije, hieronder geciteerd.

32 EHRM 12 juni 2003, EHRC 2003, 62.

33 EHRM 19 mei 2004, EHRC 2004, 63 m.nt. De Jonge.

34 Zie voor een kort overzicht met verdere verwijzingen: J. Legemaate, *Psychiatry and human rights*, in: J.K.M. Gevers, E.H. Hondius en J.H. Hubben (red.), *Health Law, Human Rights and the Biomedicine Convention*. Roscam Abbing-bundel, 2005, blz. 119-130; H.J. Salize, H. Dressing en M. Peitz, *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients - Legislation and Practice in EU-Member States*, 2002, (te raadplegen via www.europa.eu, uitgave Health and Consumer Protection Directorate-General), i.h.b. blz. 28 (tabel 1.21).

35 Wet van 26 juni 1990, te raadplegen via www.juridat.be.

36 Hof van Cassatie 22 oktober 1998, arresten HvC 1998 (455), Pas. 1998 (I/455), eveneens te raadplegen via www.juridat.be. Zie over het Belgische recht: K. Vanlede, *De opname en behandeling van geestesgestoorden en de bescherming van de mensenrechten*, in: P. Senaev (red.), *Het statuut van de geestesgestoorden*, uitgave Maklu 1999, blz. 19 e.v., i.h.b. nrs. 18-33.

37 Resolutie 46/119, aanvaard in de Algemene Vergadering van 17 december 1991, onder meer te raadplegen via www.ohchr.org.

38 Bij deze tekst verdient aantekening dat deze UN-principles uitgaan van het in het buitenland veel voorkomende model, waarbij een arts of bestuursorgaan de beslissing tot opnemning neemt en nadien beroep op de rechter of een andere onafhankelijke instantie (review body) openstaat. In Nederland gaat de rechterlijke toetsing vooraf aan de opnemning in het psychiatrisch ziekenhuis (behoudens spoedgevallen waarin een inbewaringstelling mogelijk is).

39 Te raadplegen via www.coe.int.

40 In Rb. Breda 10 januari 2006, BJ 2006, 12 m.nt. W. Dijkers was het omgekeerde geval aan de orde: geen observatiemachtiging, wel voorlopige machtiging toegewezen. Zie voorts: Rb. Assen 18 april 2006, BJ 2006, 29; Rb. Utrecht 21 februari 2006, BJ 2006, 31 m.nt. W. Dijkers (met rectificatie op blz. 175); Rb. Amsterdam 19 april 2006, BJ 2006, 38. In Rb. Zutphen 12 mei 2006, BJ 2006, 43 m.nt. red. werd art. 8a Wet Bopz toegepast.

41 Noodgedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten. Uitgave Gezondheidsraad 2004 (ook te raadplegen via www.gr.nl). In par. 5.5.3 (blz. 75) wordt de - toen nog niet in werking getreden - regeling van de observatiemachtiging besproken.

42 Zie ook de discussie tussen H. ten Hoopen, *Observatiemachtiging overbodig en schadelijk?*, MGv 2003, blz. 325-327, en R. van Veldhuizen, *Observatiemachtiging nuttig instrument*, MGv 2003, blz. 650-652 met naschrift van Ten Hoopen.

43 De steller van het middel heeft zich blijkbaar vergist en de prejudiciële vragenprocedure van art. 234 EG-Verdrag in gedachten gehad.

44 Zie alinea 3.8 hiervoor.

45 Kamerstukken II 2001/02, 27 289, nr. 31, blz. 3 en 4.

46 HR 23 september 2005, BJ 2005, 35 m.nt. W. Dijkers. Een stoornis van de geestvermogens wordt in art. 1 lid 1 Wet Bopz gedefinieerd als: een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens.

47 Zie de door het ministerie van VWS uitgegeven brochure "Over de Wet Bopz. De observatiemachtiging" (bew. R.B.M. Keurentjes en F. Pais), onder het kopje: "Wanneer geen observatiemachtiging?". Zie voorts: losbl. De Wet Bopz, artikelsgewijs commentaar, aant. 1 op art. 14h (W. Dijkers).

48 Zie over de openbaarheid van vonnissen ook: HR 6 september 1996, NJ 1996, 699 m.nt. Kn, en de strafzaak HR 2 juli 2002, NJ 2003, 2 m.nt. Kn; M.F.J.M. de Werd, *De openbare uitspraak*. Reconstructie van een verwaarloosd leerstuk, NJB

2001, blz. 67-74.

49 MvT, Kamerstukken II 1999/2000, 26 855, nr. 3, blz. 19 en 135; zie ook losbl. Burgerlijke Rechtsvordering, aant. 1 op art. 28 (Wesseling-Van Gent).

50 MvT, Kamerstukken II 1999/2000, 26 855, nr. 3, blz. 135 en 160.

51 Voor de opneming in het psychiatrisch ziekenhuis is in ieder geval het overleggen van een afschrift van de rechterlijke machtiging vereist: zie art. 53 en 54 Wet Bopz.

52 In een brief van 9 oktober 2006 aan de Hoge Raad heeft de advocaat van betrokkene op dit punt de juistheid van het proces-verbaal betwist. Ik ga daar niet op in, omdat een cassatieprocedure zich niet leent voor een onderzoek naar de feiten.

53 Zie de alinea's 2.6 - 2.7 van de conclusie voorafgaand aan HR 14 april 2006, BJ 2006, 25 m.nt. W. Dijkers (de Hoge Raad vernietigde de beschikking reeds om een andere reden en kwam aan dit punt niet toe).

54 Art. 14h, lid 1, verklaart art. 2, derde lid, Wet Bopz van overeenkomstige toepassing.

55 Art. 14h, lid 1, verklaart art. 2, tweede lid onder b, Wet Bopz van overeenkomstige toepassing.

Bijlage 5 Artikel over uitspraak Hoge Raad

BOPZ Beschikking HR 15 december 2006,

In een Rotterdamse zaak is door de rechtbank een observatiemachtiging opgelegd, namens de betrokkene is cassatie ingesteld en wordt aangevoerd dat de observatiemachtiging in strijd is met artikel 5 lid 1 aanhef en onder e EVRM. De bepaling in het EVRM laat slechts detentie toe van daadwerkelijk geesteszieken terwijl artikel 14h lid 1 wet BOPZ voorziet in een opnemings teneinde te onderzoeken of een stoornis van de geestvermogens aanwezig is.

Beschikking HR

Uit de jurisprudentie van het EHRM "valt af te leiden dat vrijheidsbeneming van geesteszieken in beginsel slechts toelaatbaar is indien op deugdelijke wijze is aangetoond dat de betrokkene geestesziek is. Niettemin heeft het EHRM aanvaardbaar geacht dat iemand voor korte tijd onvrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen opdat kan worden onderzocht of hij aan een geestesziekte lijdt, maar dat alleen in spoedeisende gevallen of wanneer de betrokkene in verband met diens gewelddadige gedrag is gedetineerd, terwijl dat onderzoek dan wel onmiddellijk na de vrijheidsbeneming behoort plaats te vinden. Buiten deze gevallen moet een onderzoek naar de geestestoestand voorafgaan aan een eventuele vrijheidsbeneming. (...) Een observatiemachtiging als bedoeld in artikel 14h Wet BOPZ strekt volgens het tweede lid van dat artikel ertoe te onderzoeken of een stoornis van de geestvermogens aanwezig is en of de stoornis de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. De machtiging kan worden verleend indien, zoals het eerste lid van art.14h bepaalt, het ernstig vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken." Hiertoe moet een geneeskundige verklaring worden overlegd waaruit blijkt dat een geval als beschreven in artikel 14h lid 1 zich voordoet. "De HR acht verlening van een observatiemachtiging in verband met art.5 EVRM slechts aanvaardbaar, indien op grond van de overgelegde medische verklaring met voldoende zekerheid kan worden aangenomen dat de betrokkene aan een, in het kader van de observatie nader te onderzoeken, stoornis van de geestvermogens lijdt, en het ernstige vermoeden bestaat dat die stoornis hem gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. Het middel betoogt in zoverre terecht dat art.14h met de voorwaarde dat het ernstig vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken, de gevallen waarin een observatiemachtiging kan worden verleend ruimer omschrijft dan strookt met art.5 EVRM."

In deze zaak oordeelde de HR dat de rechtbank een observatiemachtiging had kunnen verlenen aangezien de stoornis van de geestvermogens hier met voldoende zekerheid aanwezig kon worden geacht.

Conclusie

De Hoge Raad oordeelt dat verlening van een observatiemachtiging in verband met art. 5 EVRM slechts aanvaardbaar is indien op grond van de overgelegde medische verklaring met voldoende zekerheid kan worden aangenomen dat de betrokkene aan een, in het kader van de observatie te onderzoeken, stoornis van de geestvermogens lijdt en het ernstige vermoeden bestaat dat die stoornis hem gevaar voor zichzelf doet veroorzaken.

Dit is derhalve minder ruim dan de in art. 14h Wet Bopz gestelde voorwaarde dat het ernstig vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. In plaats van slechts een "ernstig vermoeden" dient naar het oordeel van de Hoge Raad "met voldoende zekerheid te kunnen worden aangenomen" dat sprake is van een geestelijke stoornis.

De Hoge Raad oordeelt dan ook dat het cassatiemiddel in zoverre terecht betoogt dat art. 14h de gevallen waarin een observatiemachtiging kan worden verleend ruimer omschrijft dan strookt met art. 5 EVRM.

Bijlage 6 Informatieblad voor patiënten

Informatieblad



Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Evaluatie Observatiemachtiging

Patiënteninformatie

Achtergrond en doel van het onderzoek

Het Trimbos-instituut onderzoekt in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Wetenschap en Sport (VWS) de observatiemachtiging. De observatiemachtiging is een maatregel waarmee mensen voor maximaal drie weken gedwongen opgenomen kunnen worden in een psychiatrisch ziekenhuis. Mensen kunnen niet zo maar worden opgenomen. Dit kan alleen als er aanwijzingen zijn dat iemand misschien psychische problemen heeft en hierdoor zichzelf in gevaar kan brengen.

Sinds januari 2006 kan de observatiemachtiging worden gebruikt om mensen op te laten nemen. Het ministerie van VWS wil graag weten of de observatiemachtiging nuttig is. Daarom doet het Trimbos-instituut onderzoek naar de maatregel. Eind 2007 stopt het onderzoek. In de Tweede Kamer zal dan worden beslist of de observatiemachtiging nuttig genoeg is om te blijven bestaan. In 2008 zal dit bekend worden gemaakt.

Vragen in het onderzoek

1. Hoeveel observatiemachtigingen worden er afgegeven?
2. Welke mensen krijgen een observatiemachtiging en zijn dit ook de mensen waarvoor de maatregel is bedoeld?
3. Hoe werkt de observatiemachtiging in de praktijk? Wat voor problemen zijn er? Wat gaat goed?
4. Wat vinden de mensen die een observatiemachtiging hebben gekregen er zelf van? En wat is de mening van hun naasten (vrienden, familie) en van de hulpverleners?

Betrokken partijen

- Ministerie van VWS
- Ministerie van Justitie
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- GGZ-Nederland
- Trimbos-instituut

Wat is uw rol in het onderzoek?

Mensen die met een observatiemachtiging zijn opgenomen kunnen belangrijke informatie aan de onderzoekers geven. Zij weten per slot van rekening wat er precies is gebeurd tijdens de opname. U kunt de onderzoekers dus helpen door te vertellen wat u hebt meegemaakt en wat u daarvan vindt.

Wat gaat er precies gebeuren?

Namens de onderzoekers zal iemand van het ziekenhuis u vragen of u mee wilt doen met het onderzoek en een interview wilt doen. Als u hierover heeft nagedacht en dit niet wilt, kunt u gewoon nee zeggen. Er gebeurt dan verder niets.

Wat gebeurt er als u wel aan het onderzoek wilt meewerken? De onderzoekers nemen dan contact met u op. Zij zullen dan samen met u een afspraak maken voor het interview. Op de afspraak zelf zal een interviewer van het Trimbos-instituut u bezoeken op de afgesproken tijd.

U kunt te allen tijde – en zonder opgaaft van redenen – uw medewerking aan het onderzoek stop zetten.

Een interview duurt maximaal 90 minuten en medewerking aan het onderzoek of afzien van deelname heeft geen gevolgen voor de opvang en/of hulp die u ontvangt of zal ontvangen. Als u een interview volledig heeft afgerond ontvangt u 15 euro als dank voor uw medewerking. Het is de bedoeling dat iedereen twee interviews doet: één direct na afloop van de observatiemachtiging en één drie maanden later.

De informatie die u tijdens het geeft zal door het Trimbos-instituut uitsluitend voor het onderzoek worden gebruikt.

Privacy

De interviews die u heeft gedaan worden niet onder uw naam bewaard. In plaats daarvan gebruiken de onderzoekers een code. De koppeling tussen uw naam en deze code is alleen bij de onderzoekers bekend.

Uw gegevens worden vernietigd zodra deze niet meer nodig zijn voor het onderzoek.

Inzage

Als u deelneemt aan het onderzoek, heeft u het recht om uw gegevens in te zien. Het gaat dan natuurlijk om de gegevens die in het onderzoek zijn verzameld.

Externe toetsing

Het onderzoek is door de METiGG (erkend door de CCMO) getoetst en goedgekeurd. Deze medisch ethische toetsingscommissie heeft tot taak te beoordelen of een onderzoek toelaatbaar is. Daarbij beoordeelt de commissie onder andere of de extra belasting voor de patiënt opweegt tegen het te verwachten nut van het onderzoek.

Aangezien deelname aan het onderzoek geen risico's met zich brengt en de belasting gering is, heeft de METiGG ontheffing verleend van de verplichting om een verzekering af te sluiten in het kader van het Besluit van 23 juni 2003, houdende regels inzake de verplichte verzekering bij medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen.

Contactpersonen

De projectleider van het onderzoek is dr. H. Kroon. Hij is senior onderzoeker bij het Trimbos-instituut in Utrecht. Drs. L. Hulsbosch (lhulsbosch@trimbos.nl) is verantwoordelijk voor de uitvoering van werkzaamheden in het project.

Voor vragen kunt u contact opnemen via telefoonnummer (030) 297 11 77 (secretariaat; Diana de Ruijter Korver).

Voor informatie over het onderzoek via een onafhankelijk persoon, kunt u contact opnemen met mevrouw dr. C. M. van der Feltz-Cornelis. U kunt hiervoor het volgende telefoonnummer gebruiken: (030) 297 11 00.



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Bijlage 7 Waarborgen van privacy

Ten behoeve van de bescherming van persoonsgegevens en de persoonlijke levenssfeer van deelnemers aan het onderzoek “Evaluatie van de Observatiemachtiging”, gelden de volgende regels bij de gegevensverzameling.

1. Potentiële respondenten worden in eerste instantie door contactpersonen bij het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) benaderd en mondeling op de hoogte gesteld van het doel, de opzet en relevantie van het onderzoek en de maatregelen die zijn genomen om hun privacy te beschermen. Ze krijgen deze informatie ook op papier. Mensen hebben maximaal een week (7 dagen) bedenktijd voordat ze een definitief besluit nemen over deelname aan het onderzoek.
2. Indien personen bereid zijn hun medewerking aan het onderzoek te verlenen, wordt door de onderzoekers contact met hen opgenomen om een afspraak te maken voor het eerste interview. Direct voorafgaand aan het interview worden personen door de interviewer nogmaals mondeling op de hoogte gesteld van het doel, de opzet en relevantie van het onderzoek en de maatregelen die zijn genomen om hun privacy te beschermen. Hierna vraagt de interviewer hen een verklaring van toestemming te tekenen waarin zij hun deelname bevestigen. Hierna start het interview.
3. Respondenten kunnen te allen tijde – en zonder opgave van reden - hun medewerking aan het onderzoek stop zetten.
4. Respondenten ontvangen 15 euro – bij een volledig afgerond interview – als dank voor hun medewerking.
5. De interviewers hebben geheimhoudingsplicht ten aanzien van de informatie die hen door de respondenten wordt verstrekt. De interviewers tekenen een schriftelijke verklaring waarin zij dit bevestigen.
6. Gegevens van respondenten (die daarmee ingestemd hebben) ten behoeve van een eventueel vervolgonderzoek worden niet onder naam, doch onder code opgeslagen. De vertaalsleutel tussen code en naam (de eerder getekende verklaring van toestemming) wordt in een afgesloten kast bewaard en wordt vernietigd zodra deze niet meer nodig is voor het onderzoek. Alleen de projectleider en de onderzoekers hebben toegang tot deze vertaalsleutel.
7. Gegevens die vrijkomen door bestudering van databestanden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) worden anoniem (zonder vermelding van naam) verwerkt en zijn in rapportages over het onderzoek niet terug te leiden naar individuele personen.
8. De gegevens zullen door het Trimbos-instituut uitsluitend in het kader van het onderzoek worden gebruikt.
9. In het geval de respondent meer informatie over het onderzoek wenst, kan deze zich wenden tot dr. Hans Kroon (projectleider) of drs. Lex Hulsbosch. Telefoon: (030) 297 11 77.
10. In het geval van een klacht omtrent de hantering van (persoonlijke) gegevens, verzameld in het kader van dit onderzoek, kan de respondent zich wenden tot prof. dr. J. A. Walburg, lid van de Raad van Bestuur van het Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS te Utrecht, telefoon 030- 297 1100.

Bijlage 8 Deelnemende partijen

Arrondissement	GGZ-instelling	Afdeling
's-Hertogenbosch	GGZ Eindhoven	Zorggroep Acute en Kortdurende Hulp
	GGZ Oost-Brabant	Circuit Volwassenen
Maastricht	Stichting Vijverdal	Opnameafdeling
Arnhem	Stichting GGZ Nijmegen	
	De Gelderse Roos	RCG De Riethorst - Opnameafdeling
	De Gelderse Roos	RCG Siependaal - Opnameafdeling
	De Gelderse Roos	Opnameafdeling Lantaarn
	De Gelderse Roos	Opnameafdeling Ouderen - Plein 13
Zwolle	Adhesie, GGZ Midden-Overijssel	Opnameafdeling
	Zwolse Poort	Bureau Bopz
Almelo	Mediant geestelijke gezondheidszorg	Stafafdeling Kwaliteit
Den Haag	Parnassia, Psycho-medisch Centrum	
Rotterdam	Delta Psychiatrisch Centrum	
	BAVO/RNO, Bestuurscentrum	
Middelburg	Stichting Emergis, Centrum voor GGZ	Zorgadministratie
Amsterdam ^a	De Meren	
	GGZ Buitenamstel	Cluster Acute Psychiatrie
	Mentrum	
Haarlem	De Geestgronden, instellingen voor GGZ	Spaarnepoort Kliniek, Gesloten Afdeling
	De Geestgronden, instellingen voor GGZ	Gebouw Zuiderpoort, afdeling Ouderen
Utrecht	Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg	
	Eleos, Stichting Gereformeerde GGZ	
Leeuwarden	GGZ Friesland	
Groningen	GGZ Groningen	
Assen	GGZ Groningen	
	GGZ Drenthe	CGG Hoogeveen
	GGZ Drenthe	De Mierik

a: Van het arrondissementsparket Amsterdam zag de contactpersoon af van deelname aan het onderzoek vanwege tijdgebrek. De GGZ-instellingen in de regio verleenden wel hun medewerking aan het onderzoek.

Literatuur

Derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz (2007). *Evaluatierapport: voortschrijdende inzichten...* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Eeken - de Vos, N. & Eykelen, M. v. (4-1-2007). Nieuwsbrief Openbaar Ministerie. Rotterdam, Parket Rotterdam - Expertisecentrum Medische Zaken.

Gezondheidsraad (2004). *Noodgedwongen: zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten* Den Haag: Gezondheidsraad.

Hezewijk, W. J. M. v. (2005). Een omstreden experiment. *Medisch Contact*, 60, 2024-2026.

Hoopen, T. t. (2003). Observatiemachtiging overbodig en schadelijk? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, 325-327.

Hulsbosch, L., Nicholas, S., Smit, F., & Wolf, J. (2003). *Dakloos in Alkmaar : onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hulsbosch, L., Nicholas, S., & Wolf, J. (2005). *Dakloos in Leiden: Onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie* Utrecht: Trimbos-insituut.

Hulsbosch, L., Nicholas, S., & Wolf, J. (2006). *Omvang van de daklozenpopulatie in de stad Utrecht: Resultaten van een omvangsschatting in het voorjaar van 2005* Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Jansen, C., Mensink, C., & Wolf, J. (2007). *Dakloos in Zeeland: onderzoek naar profiel en perspectief van daklozen en zwerfjongeren* Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Keurentjes, R. B. M. (2002). De voorwaardelijke machtiging en de observatiemachtiging in de Wet Bopz: een bijzonder staaltje wetgeving. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 26, 527-535.

Lourens, J., Scholtens, C., & Werf, C. v. d. (2002). *Verkommerden en verloederden: een onderzoek naar de omvang en aard van de groep in Nederland*. Leiden: Research voor Beleid.

Lucieer, J. (2002). Bopz beter benutten. *Medisch Contact*, 57, 1031-1032.

Marle, P. D. v. (2007). De observatiemachtiging in cijfers, één jaar na invoering. *Journaal GGZ en Recht*, 31-33.

Planije, M. & Wolf, J. (2004). *Monitor Maatschappelijke Opvang: Jaarbericht 2004* Utrecht: Trimbos-instituut.

Reinking, D., Nicholas, S., Leiden, I. v., Bakel, H. v., Zwikker, M., & Wolf, J. (2001). *Daklozen in Den Haag : onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Roode, R. P. d. (2002). Hulp onder dwang. *Medisch Contact*, 57, 124-127.

Veldhuizen, J. R. v. (2003). Observatiemachtiging nuttig instrument. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, 650-652.

Waard, G. E. A. d. & Veldhuizen, J. R. v. (2007). De observatiemachtiging nader bekeken. *Journaal GGZ en Recht*, 85-91.

Wolf, J., Elling, A., & Graaf, I. d. (2000). *Monitor Maatschappelijke Opvang: deelmonitoren Vraag, Aanbod en Gemeentelijk beleid*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wolf, J., Nicholas, S., Hulsbosch, L., Pas, S. t., Hoogeboezem, G., & Oort, M. v. (2003). *Monitor maatschappelijke opvang : jaarbericht 2003*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wolf, J., Zwikker, M., Nicholas, S., Bakel, H. v., Reinking, D., & Leiden, I. v. (2002). *Op achterstand: Een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag*. Utrecht: Trimbos-instituut in samenwerking met uitgeverij Bohn Stafleu Van Loghum (Houten).

Geraadpleegde kamerstukken en beleidsdocumenten

- Arrest Hoge Raad, HR 15 december 2006, nr. R06/117, RM/MK
- Eerste Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, nr. 239
- Handelingen 2001-2002, Eerste Kamer, nr. 35
- Handelingen 2001-2002, Tweede Kamer, nr. 98
- Handelingen 2001-2002, Tweede Kamer, nr. 99
- Handelingen 2001-2002, Tweede Kamer, nr. 38
- Staatsblad, jaargang 2005, 95. Wet van 3 februari 2005 tot wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen in verband met het verbeteren van enkele onvolkomenheden in de regels over de voorwaardelijke machtiging en de observatiemachtiging
- Staatsblad, jaargang 2005, 492. Besluit van 2 september 2005, houdende vaststelling van het tijdstip van inwerktreding van de wet van 13 juli 2002 tot wijziging van de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en observatiemachtiging) (Stb. 431)
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 7
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 13
- Tweede Kamer, vergaderjaar 200-2001, 27 289, nr. 18
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 289, nr. 24
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, nr. 29
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, nr. 31
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 27 289, C
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 27 289, nr. 40
- Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 27 289, nr. 41
- Wet van 29 oktober 1992, tot vervanging van de Wet van 27 april 1884, Stb. 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen