

Tilburg University

Geluidsoverlast leidt tot steekpartij

Troelstra, J.; Kossen, M.; Niemantsverdriet, J.; Oei, T.I.

Published in:

Probleemgeoriënteerd denken in de ggz

Publication date:

2011

Document Version

Peer reviewed version

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Troelstra, J., Kossen, M., Niemantsverdriet, J., & Oei, T. I. (2011). Geluidsoverlast leidt tot steekpartij: Tbs-oplegging, dwangtoepassing en een soepele overgang naar de algemene ggz. In E. Barkhof, R. van Westrhenen, W. Schermerhorn, & A. van der Knaap (Eds.), *Probleemgeoriënteerd denken in de ggz: Juridische dilemma's* (pp. 119-126). De Tijdstroom.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Verschenen in: E. Barkhof, dr. R. van Westrhenen, W. Schermerhorn, A. van der Knaap (red.), *Probleemgeoriënteerd denken in de ggz: juridische dilemma's*, Utrecht: De Tijdstroom 2011, p. 119-126.

Geluidsoverlast leidt tot steekpartij

TBS oplegging, dwangtoepassing en een soepele overgang naar de algemene GGZ

Jelle Troelstra, Monique Kossen, Jan Niemantsverdriet en Karel Oei

Casus

U bent psychiater in een TBS-kliniek en wordt geïnformeerd over de casus van de heer Jansen, een 46-jarige man, die na het overlijden van zijn moeder in zijn dorp steeds vreemder gedrag begint te vertonen. Het valt op dat hij steeds meer gaat klagen over geluidsoverlast die hij ervaart. Hij gooit briefjes in de brievenbussen van zijn bureaus met het verzoek 's nachts zachter te praten. Ook vraagt hij de politie om in te grijpen. Als hij merkt dat dit weinig effect heeft gaat hij 's nachts op de muren kloppen met het idee dat de overlast dan wel zal stoppen. Wanneer de politie vervolgens poolshoogte gaat nemen bij de heer Jansen raakt deze buiten zinnen van woede. Hij stormt naar buiten en steekt de twee agenten neer. Zij worden zwaargewond opgenomen in het ziekenhuis.

Vraag 1: Om welk type delict lijkt het hier te gaan?

Antwoord 1: Om een poging tot doodslag of zware mishandeling.

Anamnese en psychiatrisch onderzoek

De volgende dag wordt betrokkene voorgeleid aan de rechter-commissaris die een onderzoek naar de geestvermogens gelast.

Vraag 2: Waar moet uw collega-psychiater van het NIFP (Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie), die betrokkene vervolgens onderzoekt in het kader van een forensische rapportage, op letten?

Vraag 3: Welke psychiatrisch-juridische kwestie is verder van belang?

Antwoord 2: Uw collega vermoedt een psychotische stoornis en stelt enkele aanvullende vragen. Betrokkene geeft desgevraagd aan stemmen te horen die hem uitschelden voor hoerenloper en hem 's nachts wakker houden.

Antwoord 3: De rechter-commissaris wil weten of het delict verband houdt met de stoornis. De NIFP psychiater vermoedt dat dit het geval is en vraagt wat betrokkene van de agenten vond toen ze bij hem aanbelden. Deze stelt dat de agenten betrokken waren bij een complot om hem het leven zuur te maken. Betrokkene geeft aan dat de bedreigingen tegen hem nog steeds voortduren; de betreffende agenten proberen hem met straling die uit het stopcontact komt te beschadigen. Uit heteroanamnetisch onderzoek blijkt dat de man eerder psychiatrisch is behandeld naar aanleiding van psychotische klachten.

Vraag 4: Wat is de kern van de rapportage van uw collega?

Antwoord 4: Deze stelt dat er ten tijde van het plegen van het delict sprake was van een ziekelijke stoornis (schizofrenie, paranoïde type). Er bestaat een verband tussen de stoornis en het delict (mits bewezen wordt dat betrokkene het delict gepleegd heeft). Betrokkene is gedeeltelijk toerekeningsvatbaar. Er bestaat een gerede kans op herhaling, betrokkene is nog steeds boos ten aanzien van de door hem ervaren bedreigingen. Geoordeeld wordt dat het delict hem slechts ten dele kan worden toegerekend omdat hij voor een deel heeft gehandeld onder invloed van de stoornis; voor een deel kan hij echter verantwoordelijk voor zijn gedrag worden gehouden.

De rechtszitting

De rechter acht betrokkene schuldig aan poging tot doodslag en neemt de conclusies van de psychiatrische (en tegelijk opgemaakte psychologische) rapportage over ten aanzien van de aanwezigheid van een stoornis in de geestvermogens en het bestaan van een verband tussen stoornis en delict.

Vraag 5a: Bij welke strafmaat voor een bewezen delict heeft de rechter de mogelijkheid een terbeschikkingstelling (TBS) op te leggen?

Vraag 5b: Wat zijn de criteria voor het opleggen van een TBS?

Vraag 5c : Welke andere maatregelen zijn mogelijk?

Antwoord 5a en 5b: Een strafrechtelijke maatregel als een TBS kan alleen worden opgelegd bij een ernstig delict: een delict waarop een strafmaat van vier jaar of meer gevangenisstraf staat. Vervolgens moet de rechter tevens een causaal verband aanwezig achten tussen het delict en een psychische stoornis. Het derde criterium is het gevaar van herhaling voor andere personen of goederen. Tevens is voorgeschreven dat de rechter kan beschikken over een (recent) advies van twee gedragsdeskundigen, onder wie een psychiater, over de persoonlijkheid van de verdachte.

Een TBS met bevel tot verpleging kan niet langer duren dan maximaal vier jaren, als er bij het delict geen sprake is geweest van geweld tegen personen (waarbij de onaantastbaarheid van het lichaam in het geding is geweest). In deze casus is sprake van een niet-gemaximeerde TBS vanwege het gepleegde geweld. De TBS in de casus kan steeds verlengd worden als de kans op herhaling door de rechter nog groot wordt geacht.

Antwoord 5c: Als iemand volledig ontoerekeningsvatbaar wordt verklaard en gevaar voor die persoon zelf of andere personen of goederen dreigt, kan plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgelegd voor één jaar (art 37), zo mogelijk gevolgd door een rechterlijke machtiging. Gezien de gedeeltelijke toerekeningsvatbaarheid in de casus, kan een dergelijke uitspraak hier niet plaatsvinden.

Een andere mogelijkheid is dat geen bevel tot verpleging wordt opgelegd, maar een TBS met voorwaarden, bijvoorbeeld in de vorm van een poliklinische behandeling.

Behandeling

De heer Jansen krijgt uiteindelijk TBS met bevel tot verpleging opgelegd en wordt geplaatst in uw TBS-kliniek. De behandeling verloopt moeizaam. Zijn medepatiënten maken zich ongerust over hem als zij merken dat hij 's nachts op zijn kamer hardop praat terwijl er verder niemand is. Patiënt is boos op de groepsleiding omdat hij meent dat zij hem seksueel uitdagen door in strakke T-shirts te lopen. In een gesprek ontkent patiënt het nachtelijk spreken. Patiënt meent dat de vrouwelijke groepsleiding erop uit is seks met hem te hebben, het rondlopen in strakke T-shirts is daar naar zijn mening een duidelijk bewijs voor. Als u medicatie voorstelt, een antipsychoticum, weigert patiënt dit.

Vraag 6: Is er een indicatie voor dwangbehandeling met medicatie ?

Vraag 7: Welke wet regelt dat in deze instantie?

Antwoord 6: Nee, er is immers geen gevaar voor de patiënt of anderen. Patiënt is weliswaar boos op de groepsleiding maar heeft zijn gedrag in de huidige omstandigheden onder controle. De situatie is echter wel zorgelijk. Er bestaat een psychotische stoornis (een paranoïde waan en een erotische betrekkingswaan in het kader van schizofrenie). U ziet alleen kans op verbetering als patiënt antipsychotica gaat gebruiken. Alleen op die manier zal het recidiverisico aanmerkelijk kunnen verminderen. Bij een laag recidiverisico is resocialisatie een mogelijkheid. Indien patiënt een hoog recidiverisico blijft houden zal op den duur een beslissing tot longstay-plaatsing overwogen kunnen worden.

Antwoord 7: Als een TBS-patiënt is opgenomen in een "justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden" is artikel 26 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) mogelijk van toepassing (gedwongen geneeskundige handeling). Is een TBS-patiënt opgenomen in een "niet-justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden", dan geldt de Wet Bopz. Gedwongen medicatietoediening is dan in het geval van een noodsituatie mogelijk op grond van artikel 39 ("middelen of maatregelen") of als dwangbehandeling op grond van artikel 38c, lid 1b van de Wet Bopz

Beloop

Patiënt raakt steeds meer somber gestemd en uit onvrede over zijn situatie geeft patiënt aan in hongerstaking te zullen gaan. De medische dienst gaat zijn gewicht bijhouden. De groepsleiding rapporteert dat patiënt gedurende drie dagen daarop inderdaad niet eet.

Vraag 8: De gezondheid van de patiënt is mogelijk in gevaar. Wat zijn de mogelijkheden voor dwangvoeding?

Antwoord 8: Dit is te vinden in artikel 26, lid 1 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) waarin staat het hoofd van de inrichting "een verpleegde kan verplichten te gedogen dat ten aanzien van hem een bepaalde geneeskundige handeling wordt verricht, indien dit naar het oordeel van een arts volstrekt noodzakelijk is ter afwending van gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de verpleegde of van anderen."

Overleg over dwangbehandeling

In dit geval wordt, na overleg tussen u, de huisarts, het hoofd van de afdeling en eerste geneeskundige, besloten nog niet tot dwangvoeding over te gaan. Er wordt ingeschat dat het gevaar nog niet zo groot is dat een dergelijke ingrijpende maatregel noodzakelijk is (proportionaliteitsbeginsel). Bovendien zou dit de behandelrelatie kunnen schaden. Er wordt gekozen voor het tonen van zorg over de ontstane situatie waarbij overplaatsing naar de ziekenzaal aan de orde is.

Eenmaal op de ziekenzaal wordt patiënt regelmatig bezocht door stafleden en medepatiënten. Patiënt vindt de bezoeken prettig, maar blijft somber en laat weten plannen te hebben zichzelf in brand te steken. De medische dienst constateert dat het gewicht inmiddels met vier kilo is afgenomen.

Vraag 9 : Is er nu een indicatie tot dwangbehandeling?

Antwoord 9: Ja, er is immers gevaar voor de gezondheid en de veiligheid; artikel 26 Bvt is van toepassing.

Vraag 10: Hoe wordt dit praktisch geregeld?

Antwoord 10: Zoals omschreven in artikel 33 van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt; uitwerking van artikel 26 Bvt), dient het hoofd van de inrichting te overleggen met de arts/psychiater en met het hoofd van de afdeling. In het overleg wordt nagegaan of het ernstige gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de verpleegde of van anderen niet op een andere wijze kan worden afgewend. Bij de keuze voor een bepaalde geneeskundige handeling wordt steeds gekozen voor de minst ingrijpende handeling (subsidiariteitsbeginsel).

De verantwoordelijke arts/psychiater zorgt dat de melding van de toepassing wordt opgenomen in het dossier en dat de resultaten van het overleg worden opgenomen in het verplegings- en behandelingsplan. Bovendien moet een aantekening gemaakt worden in een register zoals omschreven in artikel 6 Rvt. Het gaat daarbij om de beslissingen tot beperking van het recht op onaantastbaarheid van het lichaam van de verpleegde (artikelen 24 t/m 28 en 30 Bvt). De aantekening omvat: de aard van de genomen beslissing, de omstandigheden die aanleiding gaven tot het nemen van de beslissing, de diagnose, of de verpleegde zich tegen de beslissing verzette.

Uit het overleg komt naar voren dat toediening van een depot-antipsychoticum als minst ingrijpende handeling gezien wordt, want de toepassing van dwangvoeding wordt als belastender ervaren en de verwachting bestaat dat de patiënt onder werking van het anti-
psychoticum binnen korte tijd weer zal gaan eten.

Vraag 11: Wie moeten er op de hoogte gesteld worden?

Antwoord 11: Artikel 34, lid 2 Rvt schrijft voor dat de minister van Justitie en de commissie van toezicht van de instelling moeten worden ingelicht. Als de toepassing verband houdt met een geestelijke stoornis wordt ook de regionale inspecteur voor de gezondheidszorg op de hoogte gebracht. Volgens artikelen 53 en 54 Bvt wordt de patiënt over de dwangbehandeling gehoord en schriftelijk over de beslissing op de hoogte gesteld.

Vraag 12: Hoe lang kunt u doorgaan met een op deze manier ingezette behandeling?

Antwoord 12: Er wordt verwacht dat het beleid er op is gericht de noodzaak voor gedwongen geneeskundige behandeling weg te nemen. Dit staat omschreven in artikel 35 Rvt; de afspraken hiervoor wordt opgenomen in het verplegings- en behandelingsplan. Als de toepassing langer dan twee weken duurt wordt door het hoofd van de inrichting een

commissie samengesteld bestaande uit ten minste een afdelingshoofd, een arts of een psychiater en een psycholoog. Deze brengt, om de twee weken, advies uit aan het hoofd van de inrichting over de voortzetting.

Uitvoering van de dwangbehandeling en verdere beloop

Als de eerste injectie op het programma staat laat patiënt weten dit niet te willen. Als duidelijk wordt dat het nu eenmaal moet, werkt patient toch mee en kan het depot gegeven worden. Al in de eerste week begint patiënt weer te eten en wordt hij spraakzamer. De twee daaropvolgende injecties worden nog op grond van artikel 26 Bvt gegeven. Daarna accepteert patiënt de injecties vrijwillig. Patiënt blijkt steeds meer profijt te hebben van de behandeling. Deze omvat onder andere het opstellen van een delict-terugvalpreventieplan. De afdeling onderzoek van de kliniek beoordeelt het recidiverisico indien patiënt begeleide verlopen zou krijgen als gering. De kliniek verleent vervolgens, onder toestemming van het ministerie van Veiligheid en Justitie, de patiënt begeleid verlov. Deze verloven verlopen goed. Op depotmedicatie blijft patiënt grotendeels psychosevrij. Desondanks blijft patiënt voor zijn zelfzorg en hygiëne afhankelijk van een sterk structurerende begeleiding. Als het later verantwoord wordt geacht ook onbegeleide verloven te verlenen, blijken ook deze zonder problemen plaats te vinden. Patiënt geeft aan te verwachten dat hij zijn depot niet zal laten toedienen als hij weet dat dit niet gecontroleerd wordt. Patiënt lijkt aangewezen op een langdurig voortgezette TBS, teneinde het risico op recidief langdurig laag te houden. Indien patiënt zijn medicatie blijft gebruiken, lijkt wonen in een sociowoning op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis echter ook tot de mogelijkheden te behoren.

Overgang van TBS naar RM

Vraag 13: Hoe is een goede overgang naar de algemene GGZ te regelen op een wijze die het recidiverisico laag houdt? Welke problemen spelen hierbij?

Antwoord 13: Een Rechterlijke Machtiging biedt hiertoe goede mogelijkheden.

De moeilijkheid zit hem hierin dat patiënt van een strafrechtelijke maatregel (namelijk een TBS met bevel tot verpleging op grond van het Wetboek van Strafrecht) zou moeten overgaan naar een civielrechtelijke maatregel (namelijk een rechterlijke machtiging op grond van de Wet Bopz). Doordat er twee rechtssystemen bij een dergelijke overgang zijn betrokken, zijn er ook twee verschillende rechters en twee verschillende rechtszittingen bij betrokken. De TBS-verlengingszitting is bedoeld om een eventuele verlenging of beëindiging van de TBS te wegen tegen het risico op herhaling van delictgedrag. Op de BOPZ-zitting is de mogelijkheid aan de orde om een patiënt gedwongen op te kunnen nemen om gevaar voor zichzelf of anderen voortkomend uit een psychiatrische stoornis af te wenden. Dit vraagt om een zorgvuldige afstemming. Het vooraf bespreken van de achtergronden van de overgang met alle betrokkenen (waaronder de twee betrokken Officieren van Justitie) kan helpen problemen te voorkomen. Soms zijn er Officieren uit twee verschillende arrondissementen bij betrokken.

Patiënt en diens advocaat zien doorgaans duidelijk het belang van de overgang van een TBS-maatregel naar een Rechterlijke Machtiging en zijn vooral blij met het vooruitzicht dat de als stigmatiserend ervaren TBS-maatregel beëindigd wordt.

In de voorbereiding op de eerstvolgende verlengingszitting van de TBS wordt naar een beëindiging van de maatregel toegewerkt. Daarbij geeft de behandelende kliniek als advies het maatschappelijk verantwoord te vinden de TBS niet te verlengen onder de conditie dat een RM direct aansluit op de datum van beëindiging van de TBS. De RM is de paraplu waaronder voldoende risicomangement kan worden geboden om het recidiverisico laag te houden. Voor de rechter is het van belang te weten dat het delictisico grotendeels bepaald wordt door de psychiatrische stoornis en dat de ontvangende GGZ-instelling zich verbindt aan het stabiel houden van de stoornis onder een RM en zich wil inzetten voor de behandeling van patiënt. De patiënt moet ook na het einde van de RM, bijvoorbeeld omdat hij zich vrijwillig laat behandelen, mogen blijven in dezelfde instelling.

Het inmiddels in gang gezette verzoek tot verlening van de RM moet door de rechter zijn afgerond. Bovendien zal de BOPZ-rechter moeten bepalen dat de RM pas kan ingaan als de TBS is beëindigd, omdat een TBS en een RM niet naast elkaar kunnen bestaan. Dit zal deze rechter in de beschikking opnemen. Tijdens de TBS-verlengingszitting zal de rechter zich ervan vergewissen dat de RM ook daadwerkelijk kan ingaan.

Het goed plannen van de data van de zittingen en het afgeven van de Geneeskundige Verklaring ten behoeve van de Rechterlijke Machtiging (Voorlopige Machtiging) is essentieel.

Mocht de patiënt reeds buiten de TBS-kliniek wonen in het kader van transmuraal verlof, dan ligt de overgang van TBS naar een Voorwaardelijke Machtiging voor de hand (pas opname in de GGZ-instelling als het buiten wonen niet goed verloopt of de patiënt anderszins voorwaarden overtreedt).

Beloop na TBS

Voor dhr. Jansen verloopt alles soepel. De Voorlopige Machtiging gaat in op het moment van beëindiging van de TBS. Hij is overgeplaatst naar een GGZ-instelling en woont inmiddels naar tevredenheid in een sociowoning op het terrein, waar hij het goed kan vinden met de overige twee bewoners. Hij heeft nog steeds depotmedicatie, op vrijwillige basis.

Vraag 14: Was het ook mogelijk geweest een RM procedure op te starten als deze patiënt een (tot uiterlijk vier jaren) gemaximeerde TBS zou hebben, namelijk een TBS op grond van een delict waarbij geen geweld zou zijn gebruikt?

Antwoord 14: Ook dan kan een RM aansluiten op een gemaximeerde TBS. In het verleden procedeerde een patiënt in zo'n geval tegen een RM omdat hij ervan overtuigd was dat hij er recht op had volledig vrij te komen. De Hoge Raad (HR 20 december 1991,NJ 1992, 179)

zag op juridisch gebied echter geen bezwaren tegen het verlenen van een RM. Dit is immers geen strafrechtelijke maatregel, maar een civielrechtelijke maatregel. De betreffende patiënt had het kader van (de voorloper van) een BOPZ-maatregel nodig, omdat er nog steeds sprake was van gevaar voor delictrecidive bij een ernstige paranoïde psychose.

Literatuur

Keurentjes RBM. Tekst en toelichting Wet BOPZ. Den Haag: SDU Uitgevers, 2008.

HR 20 december 1991, NJ 1992, 179

Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden: volledige tekst op:
<http://wetten.overheid.nl/BWBR0008765><http://wetten.overheid.nl/BWBR0008765>

Reglement ter beschikking gestelden: volledige tekst op:
<http://wetten.overheid.nl/BWBR0008690>

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen: volledige tekst op:
<http://wetten.overheid.nl/BWBR0005700>

Jelle Troelstra, psychiater Van der Hoeven Kliniek

Monique Kossen, directeur behandeling, eerste geneeskundige Van der Hoeven Kliniek

Jan Niemantsverdriet, juristcriminoloog Van der Hoeven Kliniek

Karel Oei, Hoogleraar forensische psychiatrie Universiteit van Tilburg, departement strafrechtswetenschappen (Tilburg University, department of Criminal Law)