

Voorstel voor een behandelwet naar Schots model

J.A.G. VAN OPSTAL, S. LAMMERS

SAMENVATTING De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) is – ook na de recente en voorgestelde wijzigingen – nog steeds primair een opnamewet, terwijl er in zowel de psychiatrie als de maatschappij een grote behoefte bestaat aan een behandelwet. In Schotland is in oktober 2005 een nieuwe wet, gericht op de zorg en behandeling van psychiatrische patiënten, in werking getreden: de *Mental Health (Care and Treatment) Act 2003*. Deze kan meer als een behandelwet worden gekwalificeerd. In dit artikel wordt de Schotse Act vergeleken met de Bopz. De Schotse Act blijkt een oplossing te bieden voor de tekortkomingen in de Bopz.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)10, 719-728]

TREFWOORDEN behandelwet, Bopz, dwangbehandeling, Schotland

In dit artikel wordt de discussie over de behandelwet beschreven en wordt voorgesteld een behandelwet in te voeren naar Schots model.

In 1994 is de Krankzinnigenwet van 1884 vervangen door de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). In de Bopz staat 'gevaar voortkomend uit een stoornis' centraal en wordt gedwongen opname gezien als de manier om dat gevaar af te wenden. Het centrale probleem daarbij is dat er in de Bopz nauwelijks aandacht is voor (dwang)behandeling. Zowel bij behandelaars (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2005) als bij patiënten(organisaties) (Ypsilon 2005) bestaat al lang veel onvrede over de tekortkomingen van de Bopz. Het enkel hanteren van het gevaarcriterium wordt als te sterk beperkend en in het nadeel van de patiënt ervaren. De Schotse *Mental Health Act (Act; Great Britain Scottish Parliament 2003)* kent nog vier andere criteria. Het is ook erg beperkend dat in Nederland gedwongen opname de enige toegelaten interventie is. Het ontbreken van voldoende mogelijkheden voor het toepassen van dwangbehandeling leidt

ertoe dat patiënten zonder ziekte-inzicht bij een gedwongen opname al te vaak van behandeling verstoken blijven en dat ambulante patiënten in therapeutische zin verwaarloosd worden, wachtend op gevaar, omdat pas dan kan worden ingegrepen.

Een ander probleem is de complexe samenhang van de Bopz met de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) en andere vrijheidsbenemende wetten, zoals die in de forensische psychiatrie. Op dit aspect wordt in dit artikel niet verder ingegaan.

De wetgever heeft recentelijk enkele wijzigingen in de Bopz doorgevoerd en voorgesteld, maar aan de fundamentele kritiek werd niet tegemoetgekomen: de Bopz blijft een opnamewet en geen behandelwet. Onzes inziens dient de Bopz te worden vervangen door een wet die gericht is op zorg en behandeling van de psychiatrische patiënt. De Schotse Act kan hierbij als voorbeeld dienen.

Naar aanleiding van de behandeling van de Bopz in de Tweede Kamer werd in 2005 door acht belangenorganisaties (onder andere GGZ Neder-

land, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) Ypsilon en Anoiksis) een manifest (GGZ Nederland e.a. 2005) aangeboden, waarin gepleit werd voor het instellen van een deskundigencommissie ter voorbereiding van noodzakelijk geachte nieuwe wetgeving. Dit werd door minister Hoogervorst afgevoerd. De NVVP stelt dat behandeling eerder dan opname benut dient te worden om gevaar af te wenden en suggereert de Bopz te vervangen door een Wet bijzondere psychiatrische behandelingen (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2005). Zij voelt zich daarin ook krachtig ondersteund door het rapport *Noodgedwongen* van de Gezondheidsraad (2004). De Gezondheidsraad pleit eveneens voor vervanging van de Bopz door een nieuwe wet waarin ruimte is voor ambulante dwang. Ypsilon (de vereniging van familieleden van mensen met schizofrenie) pleit al heel lang voor het verruimen van de mogelijkheden voor dwangbehandeling (Ypsilon 2004). Enkele andere patiëntenorganisaties zijn echter gekant tegen een behandelwet: Cliëntenbond en Stichting Pandora (Stichting Pandora 2005).

De vraag of er in de behandeling van ernstig gestoorde psychiatrische patiënten al dan niet plaats is voor dwang, is niet nieuw (Berghmans 1992; Henselmans 1997; Kampen & Van Ewijk 1997; Kortmann 1996; Pols 1990). De twee voornaamste discussiepunten betreffen de afweging van de wettelijke (grond)rechten van de patiënt, het zelfbeschikkingsrecht versus andere belangen (van hemzelf of van anderen) (Van de Klippe 1985, 1986) en de vraag of het uitvoeren van psychiatrische dwang wel passend is in het kader van bestrijding van overlast door verkommerden en verloederden

(Van de Klippe 2004; Van Veldhuizen 1998). Psychiatrische hulpverlening moet geen verkapt overlastbestrijding worden (Legemaate 2005).

De NVVP is bezig met het (laten) opstellen van een 'Richtlijn dwangopname in het kader van de Wet Bopz in Nederland'. Ter voorbereiding daarvan is reeds een onderzoeksverslag opgesteld (Schoevers e.a. 2006). De richtlijn zal naar verwachting in de loop van 2007 worden afgerond.

MENTAL HEALTH ACT 2003

De Schotse Mental Health Act werd in oktober 2005 van kracht en wordt gezien als een mijlpaal op dit gebied van wetgeving, onder meer doordat deze aan de behoeften van de maatschappij beantwoordt en nieuwe, aanvullende rechten voor de patiënt bevat. Het primaire doel van de Act is adequate zorg en behandeling van psychiatrische patiënten zeker te stellen.

De Act gaat uit van een aantal beginselen. De meest relevante voor dit artikel zijn opgenomen in tabel 1.

De Mental Health Act en dwang Voor behandeling is in principe de toestemming van de patiënt nodig. Mocht geen toestemming worden verkregen en de behandelaar acht behandeling noodzakelijk dan zal de behandeling alsnog mogelijk met dwang kunnen worden toegepast. Elke vorm van dwangbehandeling heeft aparte, duidelijke criteria waaraan moet worden voldaan. De Act maakt onderscheid tussen wilsonbekwame en wilsbekwame patiënten en formuleert daarvoor verschillende criteria. De Act behandelt verschillende vormen van dwangopname (*emergency detention, short-term detention* en *compulsatory*

TABEL 1 Een aantal beginselen van de Mental Health Act uit Schotland

Benefit	Een interventie moet voor de patiënt voordeel opleveren dat zonder dwang niet haalbaar is.
Reciprocity	Tegenover de verplichting van de patiënt om dwangbehandeling te ondergaan staat de verplichting van de zorginstelling om veilige en adequate zorg te verlenen die ook doorgaat na dwangbehandeling.
Least restrictive alternative	Men moet uitgaan van de minst ingrijpende interventie: het ultimumremediumprincipe.
Respect for diversity	Patiënten moeten toegespitste zorg krijgen die rekening houdt met hun mogelijkheden, kwaliteiten, achtergrond, leeftijd en geslacht.

treatment order (CTO)) en van dwangbehandeling (hersenchirurgie, elektroconvulsieve therapie, hormoonimplantatie en medicatie). De verschillende dwangbehandelingen zijn gerangschikt naar de mate van inbreuk op de integriteit van de patiënt: hoe groter de inbreuk, des te strenger de criteria en des te meer bescherming voor de patiënt.

Met de inwerkingtreding van de Act zijn enkele nieuwe instanties opgericht, waarvan het Mental Health Tribunal de meest vernieuwende is. Dit vervangt de 'politierechter' en neemt de beslissingsbevoegdheid over omtrent het al dan niet verlenen van machtigingen voor opnames en behandelingen. Dit tribunaal heeft ruimere bevoegdheden dan de politierechter; het tribunaal beoordeelt bijvoorbeeld ook het door de behandelaar voorgestelde behandelingsplan en stelt het – eventueel na amendering – vast. Het tribunaal houdt eveneens toezicht op de toegepaste dwang en beoordeelt of de dwang kan worden beëindigd of moet worden verlengd. Het tribunaal volgt het gehele opname- en (dwang)behandelingstraject en kan dientengevolge op de persoon toegespitste besluiten nemen.

Het beslissingsbevoegde college bestaat uit een jurist, een psychiater en iemand die let op de maatschappelijke aspecten, bijvoorbeeld een sociaalpsychiatrische verpleegkundige. Het proces heeft dus 'multidisciplinaire' invalshoeken. De jurist, doorgaans een ervaren advocaat, is hoofd van het tribunaal en draagt er zorg voor dat het tribunaal op één lijn blijft met de wetgeving. De patiënt wordt bijgestaan door een advocaat. Er is beroep mogelijk tegen een beslissing van het tribunaal. Om de procedure minder intimiderend te maken voor de patiënt, dient deze zo informeel mogelijk te zijn; een zitting kan bijvoorbeeld in het ziekenhuis plaatsvinden.

Invloed van de patiënt Patiënten van 16 jaar of ouder kunnen als zij dat willen een 'named person' aanwijzen: iemand die hen ondersteunt en in procedures hun (niet-juridische) belangen behartigt. De named person is er voor de sociale

en emotionele kant en is vaak een bekende van de patiënt. Voor patiënten van 15 jaar en jonger zijn de ouderlijk gezaghebbenden automatisch named person. Bij zittingen van het tribunaal heeft de named person dezelfde rechten als de patiënt zelf.

Met een 'advance statement' kan een patiënt aangeven welke vorm van dwang bij een volgende crisissituatie of ziekte-episode voor hem het meest acceptabel is. Op het moment dat de patiënt in een crisissituatie verkeert, zal hij vaak de noodzaak van behandeling niet meer inzien. Aan de hand van een vooraf opgemaakte advance statement kan snel behandeling worden ingezet om escalatie te voorkomen. Op het moment van opmaken van de advance statement moet de patiënt wilsbekwaam zijn en de gevolgen ervan kunnen begrijpen.

Tussenconclusie De Act 2003 is primair gericht op behandeling, zorg en veiligheid van de patiënt; het beschermen van de maatschappij komt niet op de eerste plaats. Uitgaande van het ultimumremediumbeginsel wordt in principe gekozen voor een ambulante insteek. Er wordt eerder een *community-based order* verleend dan een *hospitality-based order*, eerder een open dan een gesloten afdeling en eerder een gesloten afdeling dan een separeercel. In Schotland is separeren echt ultimum remedium. Er is in Schotland slechts één ziekenhuis waar patiënten gesepareerd kunnen worden. Dit heeft als bijkomend voordeel dat het personeel daar extra gespecialiseerd is en intensive care kan bieden.

De ambulante insteek brengt met zich mee dat meer patiënten buiten het psychiatrisch ziekenhuis worden behandeld. De ambulante psychiatrische hulpverlening moet daar dus op worden afgestemd. Het wederkerigheidsbeginsel vereist dat als de overheid een psychiatrische patiënt kan dwingen behandeling te ondergaan, diezelfde overheid ook de plicht heeft die persoon adequate behandeling, zorg en onderdak te bieden. Een uitstekend principe naar onze mening. Op die manier wordt voorkomen dat patiënten – eenmaal weer ontslagen uit het ziekenhuis – aan hun lot worden overgelaten.

RECHTSVERGELIJKING

Opname

Nederlandse situatie De Bopz kent vier mogelijkheden tot gedwongen opname. De ‘gewone’ rechterlijke machtiging is de verzamelnaam voor de voorlopige machtiging, de machtiging tot voortgezet verblijf en de machtiging op eigen verzoek. Het hoofddoel van de voorlopige rechterlijke machtiging is een gedwongen opname. Om een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis te verlengen, is een machtiging tot voortgezet verblijf nodig. De patiënt kan zich tevens middels een rechterlijke machtiging op eigen verzoek laten opnemen.

Met de voorwaardelijke machtiging kan een patiënt worden opgenomen, indien hij zich niet aan de door de behandelaar omschreven voorwaarden houdt. De voorwaardelijke machtiging is door de regering ingevoerd ter vervanging van de in de praktijk en in de jurisprudentie tot ontwikkeling gekomen paraplumachtiging. Deze paraplumachtiging was ontstaan vanuit de behoefte een patiënt te kunnen behandelen zonder dat hij gedwongen opgenomen wordt. Bij de voorwaardelijke machtiging worden de gestelde voorwaarden door de rechter getoetst (Opstal & Lammers 2006).

Inbewaringstelling is de spoedprocedure voor een gedwongen opname en mag slechts in noodsituaties worden toegepast. Bij een inbewaringstelling moet er sprake zijn van zodanig onmiddellijk dreigend gevaar, dat niet kan worden gewacht op het verkrijgen van een machtiging. De burgemeester gelast een inbewaringstelling, de rechter kan vervolgens de inbewaringstelling al dan niet bekrachtigen.

Met een observatiemachtiging kan, indien een ernstig vermoeden bestaat van een geestesstoornis en van dreigend gevaar voor de persoon zelf, een patiënt gedurende maximaal drie weken worden opgenomen. Op dat moment staan de geestesstoornis en de daarmee verbonden gevaarsituatie nog niet vast. De patiënt kan slechts geobserveerd worden. De observatiemachtiging is recentelijk (2006) ingevoerd.

Schotse situatie Ook de Act kent 4 opname-mogelijkheden. Met de emergency detention kan een patiënt gedurende 72 uur worden opgenomen, teneinde de geestesstoornis te onderzoeken en het waarschijnlijk aanwezige gevaar weg te nemen. Hiermee kan in een acute noodtoestand worden vastgesteld welke behandeling nodig zal zijn. Een emergency detention wordt slechts verleend indien het verkrijgen van een machtiging voor een short-term detention niet kan worden afgewacht.

Met de short-term detention kan een patiënt gedurende 28 dagen worden opgenomen, teneinde de geestesstoornis te onderzoeken en/of te behandelen en het ‘waarschijnlijk’ aanwezige gevaar weg te nemen. Behandeling kan dus daadwerkelijk worden ingesteld.

Een compulsory treatment order geeft de bevoegdheid om langdurig (6 maanden, kan worden verlengd) verschillende soorten dwang toe te passen. Dat kan zowel binnen (hospitality-based CTO) als buiten het psychiatrisch ziekenhuis (community-based CTO).

Het tribunaal kan een ‘interim CTO’ uitspreken als er (vooralsnog) onvoldoende redenen zijn voor een ‘gewone’ CTO. Hiermee kan een patiënt gedurende 28 dagen worden opgenomen. In deze periode onderzoekt het tribunaal of er voldoende grondslag is voor een gewone CTO.

Vergelijking

Bij een CTO en de short-term detention bestaat geen duidelijk onderscheid tussen gedwongen opname en behandeling; beide instrumenten maken opname en behandeling mogelijk; dit is het grote verschil met de Nederlandse rechterlijke machtiging en de observatiemachtiging. De patiënt kan ook gedwongen worden behandeld, waardoor verbetering van het toestandsbeeld en resocialisatie eerder haalbaar worden.

De community-based CTO is vergelijkbaar met de Nederlandse voorwaardelijke machtiging. Beide worden buiten het ziekenhuis toegepast. Het verschil is echter dat met de community based

CTO ambulante dwangbehandeling mogelijk wordt gemaakt en de voorwaardelijke machtiging slechts de mogelijkheid biedt tot het toepassen van ambulante drangbehandeling. Daarnaast hoeft de patiënt niet met de community-based CTO in te stemmen. Dit is vooralsnog wel het geval bij de voorwaardelijke machtiging en deze instemming dient volgens een recent arrest van de Hoge Raad (Hoge Raad 2005) expliciet te zijn. Dit betekent dat de voorwaardelijke machtiging niet kan worden toegepast bij patiënten die er niet mee instemmen en dat zal bij wilsonbekwame patiënten vaak het geval zijn. De community-based CTO kan dus bij meer patiënten worden toegepast. Er is nog niet veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van ambulante dwangbehandeling. Cornwell & Deeney (2003) rapporteerden positieve resultaten: een kortere opnameduur en afname van de negatieve gevolgen van de geestesstoornis.

De emergency detention is vergelijkbaar met de Nederlandse inbewaringstelling. Beide instrumenten worden in noodsituaties gebruikt; situaties waarbij ingegrepen moet kunnen worden voordat de situatie escaleert. Daarom hanteren beide landen lichtere criteria voor dit soort situaties. Vereist wordt slechts dat waarschijnlijk is (Schotland), of dat een ernstig vermoeden bestaat (Nederland) dat de patiënt een geestesstoornis heeft waaruit gevaar voortvloeit.

Wat betreft de criteria voor gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis zijn de twee wetten vrijwel gelijk. Een opname wordt in beide landen aan het gevaarcriterium getoetst. De Schotse wet vereist echter slechts de waarschijnlijkheid van gevaar. Voorts is de Schotse opname er tevens op gericht (dwang)behandeling mogelijk te maken. De Act gaat ervan uit dat binnen de dwangopname vrijwel vanzelfsprekend ruimte is voor dwangbehandeling. In Nederland is de opname primair gericht op het wegnemen van het gevaar; de zorg voor en de behandeling van de patiënt zijn secundair.

Eerste successen

De Mental Welfare Commission heeft reeds spectaculaire cijfers gepubliceerd over de werking van de nieuwe wet in de praktijk. Hieruit blijkt onder meer dat in de periode oktober 2005 tot en met juni 2006 het aantal verleende emergency detentions met 60% is verminderd in vergelijking met dezelfde periode een jaar eerder (Mental Welfare Commission 2006). Dit rechtvaardigt de conclusie dat – door inwerkingtreding van de Act – er in Schotland minder noodsituaties optreden die een emergency detention noodzakelijk maken.

Behandeling

In Nederland is dwangbehandeling slechts in zeer beperkte mate mogelijk en uitsluitend als de patiënt reeds is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. De Bopz voorziet niet in ambulante dwangbehandeling. Querido (1939) was een van de eersten om voor ambulante dwangbehandeling te pleiten. Legemaate (1989) schreef over de opkomst van ambulante dwangbehandeling en De Turck & Van den Berg (1994) hielden er een pleidooi voor. Het toepassen van dwangbehandeling is slechts gerechtvaardigd als aan de voorwaarden van de Bopz (art. 38, lid 5) is voldaan: dwangbehandeling is volstrekt noodzakelijk om gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen af te wenden. Dit gevaar dient voort te vloeien uit de stoornis van het geestesvermogen. Het gevaarcriterium bij dwangbehandeling dient anders geïnterpreteerd te worden dan het gevaarcriterium bij opname. Voor dwangbehandeling moet namelijk sprake zijn van intern gevaar: het gevaar moet zich afspelen binnen het ziekenhuis. Dit is een streng criterium aangezien het gevaar niet zelden door de gedwongen opname reeds is weggenomen.

Ontwikkelingen in Nederland Om de mogelijkheden voor het toepassen van klinische dwangbehandeling te vergroten, heeft de regering een wetsvoorstel ingediend (Tweede Kamer 2005-2006). Het toepassen van klinische dwang-

behandeling, op grond van artikel 38 van de Bopz, blijft in stand. Daarnaast acht de regering dwangbehandeling – voor zover in overeenstemming met het behandelingsplan – aanvaardbaar, als voldoende vaststaat dat zonder die behandeling de betrokken patiënt onaanvaardbaar lang opgenomen moet blijven omdat het gevaar niet wordt weggenomen. In de tekst van de voorgestelde wetsbepaling is dit tot uitdrukking gebracht in het criterium ‘dat ‘aannemelijk’ moet zijn dat zonder die behandeling het gevaar dat uit de stoornis voortvloeit, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen’. De soort behandeling die tegen de wil van de patiënt of diens vertegenwoordiger mag worden toegepast is die waarin het behandelplan voorziet. Bij de thans voorgestelde vorm van dwangbehandeling gaat het dus altijd om een behandeling die er op gericht is de patiënt binnen een redelijke termijn uit het ziekenhuis te kunnen ontslaan. Mocht het wetsvoorstel daadwerkelijk worden aangenomen, dan zou dit een grote stap voorwaarts zijn richting behandelwet. Er zijn echter ook kanttekeningen te plaatsen: wat is nu precies een redelijke termijn? Bovendien is het criterium moeilijker objectiveerbaar en daardoor door de rechter moeilijker toetsbaar, wat rechtsonzekerheid met zich meebrengt.

Met de recente invoering van de voorwaardelijke machtiging (1 januari 2004) is ambulante drangbehandeling mogelijk gemaakt. De mogelijkheden hiervan zijn echter ingedamd door een arrest van de Hoge Raad van 29 april 2005 (Hoge Raad 2005; Opstal & Lammers 2006). Bovendien zijn aan het toepassen van een voorwaardelijke machtiging dusdanige voorwaarden gesteld dat het praktische gebruik ervan sterk beperkt wordt. Zo moet een patiënt zich expliciet akkoord verklaren met de in het behandelplan gestelde voorwaarden. Het betreft echter vaak patiënten zonder ziekte-inzicht en zij verwerpen het behandelplan dan ook vaak (Hondius 2004). Psychiater en óók rechter rest vervolgens niets anders dan afwachten tot het weer fout gaat en de patiënt alsnog via een inbewaringstelling of voorlopige machtiging

moet worden (her)opgenomen. Dat is nog steeds de vigerende praktijk. Teneinde het toepassingsgebied van de voorwaardelijke machtiging te verruimen, vervangt voornoemd wetsvoorstel ook de vereiste ‘instemming van’ door ‘na overleg met’ patiënt. De rechter zal, indien de patiënt zich niet bereid verklaart, een eigen inschatting moeten maken of de patiënt zich aan de voorwaarden zal houden. Dit wetsvoorstel ligt thans nog bij de Tweede Kamer, maar heeft reeds vele positieve reacties van verschillende fracties opgeroepen.

De Bopz hanteert geen onderscheid tussen het verzet van een wilsbekwame of wilsonbekwame patiënt. Alle verzet, ook al komt dit van een wilsonbekwame patiënt, is geldig. Ook wilsonbekwaam verzet heeft daarom tot gevolg dat de stoornis van de patiënt slechts behandeld kan worden indien aan de strikte voorwaarden is voldaan. Dit brengt onbevredigende situaties met zich mee waarbij de patiënt niet kan worden behandeld en zijn toestandbeeld dus ook niet verbetert. De Act maakt voor het toepassen van dwangbehandeling wél onderscheid tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam verzet. De Act geeft echter geen heldere criteria aan op basis waarvan wilsonbekwaamheid kan worden vastgesteld.

Voor het behandelen tegen de wil van de patiënt moet, conform de Act, aan bepaalde criteria worden voldaan. Het gevaarcriterium zoals dat in Schotland ook bij opname geldt, is niet automatisch ook van toepassing op dwangbehandeling. Zo kan acute dwangbehandeling eveneens worden toegepast als dat het leven van de patiënt redt, als het voorkomt dat de toestand van de patiënt verslechtert, als dat het ernstige lijden van de patiënt verlicht of voorkomt dat de patiënt agressief gedrag vertoont. Naast het gevaarcriterium zijn er dus nog vier criteria op grond waarvan acute dwangbehandeling kan worden toegepast. Voor alle vormen van dwangbehandeling geldt het criterium dat de behandeling in het belang moet zijn van de patiënt. Dit neigt naar een bestwilcriterium. Deze criteria zijn minder streng dan het in Nederland gehanteerde gevaarcriterium. Van belang is bovendien dat wilsbekwaam verzet in prin-

cipe wordt gerespecteerd: indien een wilsbekwame patiënt geen toestemming geeft voor een behandeling, wordt die behandeling ook niet toegepast. Hierop wordt slechts in geval van noodsituaties een uitzondering gemaakt. De vormen van toe te passen dwangbehandelingen in noodsituaties zijn genormeerd: ze mogen geen onomkeerbare lichamelijke of psychische consequenties hebben.

Wanneer de patiënt wilsonbekwaam is en geen toestemming geeft voor behandeling ligt het anders. Wilsonbekwaam verzet kan worden genegeerd als de behandeling in het belang is van de patiënt. Er wordt hier getornd aan het zelfbeschikkingsrecht van de wilsonbekwame patiënt. Dit wordt gerechtvaardigd door het feit dat het zelfbeschikkingsrecht in gevallen waarin de patiënt wilsonbekwaam is te veel (nadelige) vrijheid kan creëren. Het niet respecteren van wilsonbekwaam verzet wordt daarom gezien als een inbreuk die in het belang van de wilsonbekwame patiënt kan worden gemaakt.

Beslissingsorganen

In Nederland beslist de rechter over aanvragen voor dwangopname. Als een patiënt het niet eens is met de door de behandelend arts toegepaste dwang, kan hij een klacht indienen bij het bestuur van het ziekenhuis. De klachtencommissie van het ziekenhuis verklaart de klacht gegrond dan wel ongegrond. De patiënt kan bij een ongegrondverklaring alsnog naar de rechter stappen. Deze rechtsgang is echter niet optimaal. Patiënten worden bijgestaan door een advocaat, maar psychiaters moeten vaak als een soort officier van justitie de dwangmaatregelen verdedigen of bepleiten. Bovendien kunnen psychiaters – anders dan patiënten – niet bij de rechtbank in hoger beroep tegen een uitspraak van de klachtencommissie. De klachtencommissie heeft daardoor een grote bevoegdheid om maatregelen van behandelaars ongedaan te maken zonder dat deze daar iets tegen kunnen doen.

In Schotland verleent het Mental Health Tribunal (al dan niet) machtiging voor gedwongen

opname en behandeling. Het tribunaal beslist tevens over het mogelijk door de patiënt ingediende bezwaar. Het kan een op de persoon en diens situatie toegesneden besluit nemen, terwijl in Nederland de rechter eigenlijk alleen maar ja of nee kan zeggen tegen een door behandelaars in te vullen behandeling. Positief is voorts dat de patiënt meer inspraak heeft in de behandeling van zijn geestesstoornis.

Invloed van de patiënt

In Nederland kan de patiënt zich laten vertegenwoordigen door zijn gemachtigde. Een gelijksoortig figuur heeft Schotland in de Act geïntroduceerd met de *named person*. Wanneer de patiënt wilsonbekwaam is, is zijn rol groot, aangezien hij dan de beslissingen namens de patiënt neemt. In Nederland is de rol van de vertegenwoordiger marginaal aangezien het oordeel van de patiënt altijd voorgaat, of deze nu wilsbekwaam of wilsonbekwaam is (dit geldt overigens alleen voor de Bopz en niet voor de WGBO).

Het wetsvoorstel tot het invoeren van het instrument zelfbinding is inmiddels door beide Kamers aangenomen (november 2006). De datum van daadwerkelijke invoering is nog niet bekend. Met het instrument zelfbinding kan een patiënt door middel van een eerder gedane schriftelijke verklaring worden opgenomen en behandeld, wanneer de in de verklaring omschreven situatie zich voordoet. De Schotse Act heeft een dergelijk instrument: een *advance statement*. De patiënt kan daarin zijn wil uiteenzetten over mogelijke, voor hem acceptabele, behandelingen. De patiënt baseert deze wil – voor zover mogelijk – op eerdere ervaringen. Het probleem ten aanzien van het Nederlandse instrument is dat het minder effectief zal zijn, zolang wilsonbekwaam verzet gerespecteerd wordt. Hierdoor kan de zelfbindingsverklaring worden genegeerd en zal, teneinde de behandeling alsnog te kunnen toepassen, bij de rechter een zelfbindingsmachtiging moeten worden aangevraagd. De *advance statement* daarentegen ondervindt géén problemen van verzet van een wils-

onbekwame patiënt. In Schotland wordt wilsonbekwaam verzet immers niet gerespecteerd en is de beslissing aan de named person van de patiënt. Verwacht wordt dat de named person zich aan de advance statement van de patiënt zal houden. Hierdoor lijkt het Schotse instrument effectiever te zijn dan het Nederlandse instrument. Bovendien zal de procedure om de zelfbindingsmachtiging te verkrijgen - zo bleek bij de behandeling van het voorstel in de Eerste Kamer - minimaal vijf dagen in beslag nemen. De verleende machtiging komt dan mogelijk te laat.

CONCLUSIE

De Bopz voldoet niet. Zo leidt de scheiding van opname en behandeling tot onbevredigende situaties. Opname zonder behandeling leidt in veel gevallen immers niet tot het verminderen van de geestesstoornis, maar slechts tot het afwenden van het bestaande gevaar. Daarnaast is het voor de patiënt een slechte zaak dat alle verzet in Nederland gerespecteerd wordt, terwijl de wilsonbekwame patiënt vaak eerder gebaat is bij meer bemoeizorg. Bovendien voorziet de Bopz niet in de mogelijkheid van ambulante dwangbehandeling en dat wordt als een groot gemis ervaren. Dit blijkt eveneens uit het feit dat, zowel onder psychiaters als onder patiënten, de paraplumachtiging erg populair was.

Thans ligt in Nederland een wetsvoorstel gereed dat de mogelijkheden voor het toepassen van klinische dwangbehandeling verruimt. De regering stelt voor het gevaarcriterium aan te vullen met het criterium dat aannemelijk moet zijn dat zonder die behandeling het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. Vooralsnog moet echter aan het strikte interne gevaarcriterium worden getoetst.

In Schotland is een wet tot stand gekomen die op zeer veel vlakken tegemoetkomt aan de problemen in Nederland. Zo kan met de Schotse Act opname vanzelfsprekend gepaard gaan met behandeling. Voor toepassing van dwangbehandeling geldt naast het gevaarcriterium ook het veel ge-

hanteerde criterium 'behandeling in het belang van de patiënt'. Dwangbehandeling kan dan breder worden toegepast. Toetsing aan het criterium dat de behandeling in het belang van de patiënt moet zijn, is aan de orde bij patiënten bij wie geen sprake is van gevaar, maar bij wie behandeling wel noodzakelijk is. De Act maakt onderscheid tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam verzet, hetgeen tot gevolg heeft dat de autonomie en de invloed van de wilsbekwame patiënt op diens behandeling worden versterkt, en tevens dat wilsonbekwame patiënten minder autonomie hebben. Het belang van het al dan niet wilsbekwaam zijn, en daarmee ook het belang van de vertegenwoordiger van de patiënt, is in Schotland daardoor veel groter. De Act heeft ook een voorkeur voor ambulant behandelen, geeft eerder en meer mogelijkheden om de patiënt te behandelen (waardoor het ultimumremediumbeginsel perfect tot zijn recht kan komen), waarbij dwangmedicatie de voorkeur heeft boven separeren.

Door het Mental Health Tribunal wordt een op de patiënt en diens persoonlijke levenssituatie toegespitst besluit genomen door leden met kennis van drie verschillende, relevante vakgebieden. De beslissingen van het Mental Health Tribunal kennen daardoor echter minder rechtszekerheid. Dit geldt eveneens voor de kwalificatie van wils(on)bekwaamheid; dit begrip is niet altijd even makkelijk in te vullen, zodat ook daar de rechtszekerheid in het geding kan zijn.

VOORSTEL

De Schotse Act - veel meer een behandelwet - geniet onze voorkeur. De Act biedt meer - en eerder - mogelijkheden tot dwangbehandeling, zowel klinisch als ambulant. Doordat eerder dwangbehandeling kan worden toegepast, is de behoefte aan separatie minder groot, zodat daarvan (veel) minder gebruik wordt gemaakt. De Act geeft tevens steun aan de wilsonbekwame patiënt door meer bemoeizorg te bieden. Daarnaast biedt de Act aan de wilsbekwame patiënt veel autonomie door hem zelf (of zijn named person) te laten beslissen

over toe te passen behandelingsmethoden. Wij pleiten dan ook, ondanks dat het nieuwe wetsvoorstel een stap in de goede richting is, voor een nieuwe Nederlandse wet. Hieraan bestaat al langer behoefte (Van Veldhuizen 2002, 2004a en b, 2005).

Wij zien graag een wet, waarin een groter accent ligt op behandeling in plaats van op opname, met inachtneming van het belang van een adequate behandeling van de patiënt enerzijds en zijn recht op zelfbeschikking anderzijds. Een groot aantal instrumenten van de Act kan daarbij model staan voor deze nieuwe behandelwet. Een verruiming van de mogelijkheden van (ambulante) dwangbehandeling draagt bij aan het verminderen van het probleem van de verkommerden en verloederden en een betere behandeling van en zorg voor wilsonbekwame patiënten. Het hoge aantal en de duur van separaties worden teruggedrongen. Daarnaast kan vaker voorkomen worden dat dubbele maatregelen nodig zijn zoals gelijktijdig toepassen van medicatie en separatie.

Het voorstel een deskundigencommissie, die noodzakelijk geachte nieuwe wetgeving zou voorbereiden, in te stellen, is door de minister afgewezen. Dat maakt de bevindingen van de 'Evaluatiecommissie derde evaluatie Wet Bopz' des te belangrijker. Deze worden verwacht in maart 2007.

LITERATUUR

- Berghmans, R. (1992). *Om bestwil: paternalisme in de psychiatrie*. Proefschrift. Amsterdam: Thesis publishers.
- Cornwell, J.K., & Deeney, R. (2003). Exposing the myths surrounding preventive outpatient commitment for individuals with chronic mental illness. *Psychology, Public Policy, and Law: an official law review of the University of Arizona College of Law and the University of Miami School of Law*, 9, 209-232.
- Gezondheidsraad. (2004). *Noodgedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrisch patiënten*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- GGZ Nederland, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2005). *Manifest Wet Bopz*. Zie onder andere www.ggz nederland.nl.
- Great Britain Scottish Parliament. (2003). *Mental Health (Care and Treatment) Act*. www.opsi.gov.uk/legislation/scotland/acts2003/20030013.htm.
- Henselmans, H. (1997). Beter met tegenzin? Verwachtingen en aanvaardbaarheid van dwangbehandeling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 52, 375-385.
- Hoge Raad. (29 april 2005). *Bopz* Jurisprudentie, 15, 88-108.
- Hondius, A. (2004). Ambulante dwangbehandeling: tussen droom en daad. *Psychopraxis*, 6, 177-180.
- Kampen, D., & Ewijk, W. van (1997). Dwangbehandeling in de ambulante praktijk. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 52, 393-407.
- Klippe, C.J. van de. (1985). Honderdvijftig jaar dwangtoepassing in de psychiatrie. In J. Vijselaar (Red.), *Honderd jaar krankzinnigheid. Geschiedenis van de krankzinnigenwetgeving in Nederland*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Klippe, C.J. van de. (1986). *Dwangtoepassing in de psychiatrie. Een kritisch literatuuronderzoek naar de rechtsontwikkeling inzake dwang na dwangopname*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Klippe, C.J. van de. (2004). Het naderend einde van de Bopz. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 894-896.
- Kortmann, F.A.M. (1996). Dwang in de psychiatrie; patiëntenrechten en beroepsethiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 759-768.
- Legemaate, J. (1989). De opkomst van de ambulante dwangbehandeling. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 6, 355-361.
- Legemaate, J. (2005). Meer ruimte voor ambulante dwang? *Psychopraxis*, 7, 8-9.
- Mental Welfare Commission. (2006). www.mwscot.org.uk/Rights&TheLaw/Statistics/Statistics.asp.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2005). *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) wil andere wet dwangbehandeling*. www.nvvp.net/index.asp?a=33209&s=7027&p=1.
- Opstal, J.A.G. van, & Lammers, S. (2006). Op weg naar een behandelwet? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 637-645.
- Pols, J. (1990). Zelfbeschikking in de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 45, 476-493.
- Querido, A. (1939). *Krankzinnigenrecht*. Haarlem: Erven F. Bohn.
- Schoevers, R.A., Stikker, T.E., van de Ven-Dijkman, M.V., e.a. (2006). *Onderzoeksverslag ten behoeve van de ontwikkeling van een richtlijn dwangopname in het kader van de Wet Bopz in Nederland*. Amsterdam: Mentrum GGZ.
- Stichting Pandora. (2005). *Komst van nieuwe behandelwet stellig afgewezen*. www.stichtingpandora.nl/bymysite.v3/id/3896CA32-386F-4988-8B78-06B33EAFE850/detail/52A97516-03FE-493C-A842-62558831B1AF.

- Turck, B. de, & van den Berg, A. (1994). Een pleidooi voor ambulante dwangbehandeling. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 49, 1067-1083.
- Tweede Kamer. (2005-2006). 30492, 2. www.tweedekamer.nl.
- Veldhuizen, J.R. van. (1998). Zorgverlamming. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53, 1175-1185.
- Veldhuizen, J.R. van. (2002). Dwang en drang. *Medisch Contact*, 40, 1443-1445.
- Veldhuizen, J.R. van. (2004a). Van dwangopname naar dwangbehandeling. *Medisch Contact*, 19, 766-768.
- Veldhuizen, J.R. van. (2004b). In plaats van de BOPZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 4, 279-290.
- Veldhuizen, J.R. van. (2005). Wet Bijzondere Behandeling en Zorg in de Psychiatrie. *Journaal Ggz en recht*, 2, 23-27.
- Ypsilon. (2004). Ypsilon: Recht op goede zorg. Wel of geen BOPZ? www.schizofrenieplein.nl/hulp/nieuws/yn.j20.1/wel.of.geen.bopz.marijke.htm.
- Ypsilon. (2005). 'Grootverbruiker' Ypsilon: nooit meer opname zonder behandeling. www.ypsilon.org/hulp/persberichten/Bopzmanifest.htm.

SUMMARY

Proposal for a treatment law based on the Scottish model – J.A.G. van Opstal, S. Lammers –

Even after recent amendments and proposed modifications, the Dutch law on special admissions to psychiatric hospitals ('Bopz') is still primarily a law on admissions, whereas what psychiatry and society in general urgently require is a law on treatment. In October, 2005, in Scotland a new law concerning the care and treatment of psychiatric patients came into force: the Mental Health (Care and treatment) Act 2003 ('Act'). This new law can in fact be designated a treatment law. In this article the Scottish Act is compared to the Bopz. The comparison shows that Scotland has in fact developed a law which may provide an answer to the inadequacies of the Bopz.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)10, 719-728]

KEY WORDS involuntary commitment, law, Scotland, Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)

AUTEURS

J.A.G. VAN OPSTAL is psychiater en vervangend A-opleider bij GGZ Westelijk Noord-Brabant te Bergen op Zoom. Daarnaast is hij werkzaam in een vrijgevestigde praktijk te Bergen op Zoom.

S. LAMMERS is advocate en werkzaam bij Schaap & Partners te Rotterdam.

Correspondentieadres: J.A.G. van Opstal, GGZ Westelijk Noord-Brabant, Postbus 371, 4600 AJ Bergen op Zoom.

E-mail: jan.van.opstal@ggzwnb.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-2-2007.