

# Dwangopneming in de psychiatrie: ontwikkelingen in Nederland

J. LEGEMAATE

**SAMENVATTING** De criteria voor dwangopneming in de Nederlandse wetgeving omvatten drie aspecten: het ontbreken van de bereidheid tot opneming, het vereiste van gevaar en het ultimatum-remediumprincipe. Deze aspecten staan niet ter discussie, maar wel zijn op onderdelen verbeteringen mogelijk. Aan internationale verdragen en wetgeving uit andere landen kan men verbeteringsuggesties voor de Nederlandse wetgeving ontleen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 49-53]

**TREFWOORDEN** dwangopneming, rechtspositie, Wet Bopz

Sinds jaar en dag bestaat in de psychiatrie de mogelijkheid van dwangopneming. Dit is een ingrijpende maatregel, die een inbreuk maakt op het recht van de patiënt op persoonlijke vrijheid. De wetgeving staat een dergelijke inbreuk toe, maar alleen in nauwkeurig omschreven gevallen en niet dan nadat een met waarborgen omgeven besluitvormingsprocedure is gevolgd.

De twee belangrijkste procedures voor dwangopneming in de Nederlandse wetgeving zijn de inbewaringstelling en de rechterlijke machtiging. De inbewaringstelling kan geschieden door de burgemeester, in situaties van acuut gevaar. De inbewaringstelling kan door de rechter worden verlengd en duurt maximaal ongeveer zes weken. In gevaarssituaties die niet acuut zijn, kan de rechter een machtiging tot dwangopneming geven. Deze machtiging heeft een geldigheidsduur van maximaal zes maanden en kan zo nodig worden verlengd. Een en ander is te vinden in de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz). In België is deze materie op enigszins vergelijkbare wijze geregeld in de Wet van 26 juni 1990 betreffende de beperking van de persoon van de geesteszieke.

Sinds 1982 staat, waar het gaat om de criteria voor dwangopneming, in het Nederlandse recht het gevaarscriterium centraal. Aanvankelijk op grond van de rechtspraak van de Hoge Raad (1982-1994) en vervolgens op basis van de in 1994 van kracht geworden Wet Bopz. Deze wet bepaalt bovendien dat een dwangopneming alleen gerechtvaardigd is in gevallen waarin het gevaar niet op een minder ingrijpende wijze kan worden afgewend.

In dit artikel neem ik de criteria voor dwangopneming nader onder de loep. Centraal staan twee vragen: (1) welke ontwikkelingen hebben zich in deze criteria voorgedaan en (2) hoe verhoudt de Nederlandse situatie zich tot die in andere landen? Bij de beantwoording van de laatste vraag kan worden geput uit de rechtsvergelijkende studie die is verricht in het kader van de derde evaluatie van de Wet Bopz (Legemaate e.a. 2007).

**BLIJK GEVEN VAN DE NODIGE  
BEREIDHEID**

De voorganger van de Wet Bopz, de Krankzinnigenwet van 1884, beperkte de toepasselijkheid

van de wettelijke bepalingen inzake dwangopneming tot zich verzettende patiënten. De Wet Bopz introduceerde in 1994 het zogenaamde bereidheidscriterium. Hierdoor strekt de wet zich niet alleen uit tot patiënten die bezwaar maken tegen de opneming, maar ook tot patiënten die blijk geven van verzet noch bereidheid (de zogenaamde ‘tussencategorie’: geen bereidheid, geen bezwaar). Nog steeds is niet helemaal duidelijk of dit er de afgelopen jaren inderdaad toe heeft geleid dat patiënten die onder de vroegere wet vrijwillig opgenomen konden worden (in de betekenis van: wie zwijgt stemt toe), nu met een Bopz-maatregel worden opgenomen, of misschien zelfs wel helemaal niet.

Het bereidheidscriterium is van meet af aan bekritiseerd, omdat het de drempel voor opneming in een psychiatrisch ziekenhuis ten onrechte zou verhogen, en de betreffende patiënten qua rechtspositie in een ongunstiger situatie bracht. In 2002 adviseerde de commissie die de tweede evaluatie van de Wet Bopz begeleidde om het bereidheidscriterium te vervangen door het aloude bezwaarcriterium. De regering wees dit voorstel af, met als argument dat het bereidheidscriterium uit een oogpunt van rechtsbescherming de voorkeur verdient. Ook meende de regering dat het bereidheidscriterium min of meer dwingend voortvloeit uit art. 5 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens.

Echter, inmiddels weten we dat het laatste argument onjuist is. In de zaak ‘H.L. tegen het Verenigd Koninkrijk’ uit oktober 2004 heeft het Europese Hof voor de Rechten van de Mens uitgesproken dat de opneming van een patiënt die blijk geeft van bezwaar noch bereidheid weliswaar moet worden omgeven met rechtswaarborgen, maar dat deze niet zo uitvoerig hoeven te zijn als in het geval van de opneming van een zich verzettende patiënt. Dezelfde opvatting is te vinden in de Aanbeveling die de Raad van Europa in 2004 over de rechtspositie van psychiatrische patiënten publiceerde.

De wetgeving van andere landen laat een wisselend beeld zien. Er zijn landen die evenals Nederland patiënten die van bezwaar noch bereidheid

blijk geven onder dezelfde regeling laten vallen als zich verzettende patiënten (zoals Oostenrijk), maar andere landen beperken de wetgeving tot situaties van verzet (Australië, Nieuw-Zeeland, Schotland). De Schotse wet is nadrukkelijk alleen van toepassing als ‘*compulsory powers*’ echt nodig zijn. Het uitgangspunt daarbij is dat wettelijke dwangmaatregelen zo beperkt mogelijk moeten worden ingezet, dus alleen bij verzet van de patiënt. Deze benadering is, mede vanwege de andere nadelen van het bereidheidscriterium, ook voor Nederland te overwegen.

#### GEVAARSCRITERIUM

Sinds 1982 geldt in de Nederlandse rechtspraktijk bij een opneming krachtens rechterlijke machtiging het gevaarscriterium. In art. 1 lid 1 onder f van de Wet Bopz wordt nader omschreven welke vormen van gevaar in elk geval relevant zijn. Dit is echter geen limitatieve opsomming. Ook andere vormen van gevaar kunnen, mits voortvloeiend uit de psychische stoornis van de patiënt, tot een dwangopneming leiden. Het gevaarscriterium heeft de afgelopen decennia aanleiding gegeven tot heftige debatten tussen psychiaters en juristen. Door psychiaters werd herhaaldelijk betoogd dat het gevaarscriterium een te hoge drempel opwerpt.

Heden ten dage lijkt dit debat aan intensiteit en betekenis te hebben ingeboet. Het is namelijk maar de vraag hoe wezenlijk het onderscheid tussen het gevaarscriterium en andere mogelijke criteria eigenlijk is. De Wet Bopz gaat zoals gezegd uit van het begrip ‘gevaar’. De criteria in de Aanbeveling uit 2004 van de Raad van Europa en die uit de wetgeving van andere landen zijn ontegenzeggelijk ruimer – althans op papier – dan de Nederlandse. Ook het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens laat mogelijkheden voor ruimere criteria dan het gevaarscriterium. De Raad van Europa (2004) en de Verenigde Naties (1991) hantieren het begrip ‘(*immediate or serious*) harm’, maar laten ook ruimte voor dwangopneming ter voorkoming van een (ernstige) verslechtering van de

gezondheidstoestand van de patiënt. Betoogd kan worden dat de Nederlandse rechter het gevaarscriterium inmiddels zo heeft geïnterpreteerd dat het verschil tussen ‘gevaar’ en ‘harm’ c.q. verslechtering van de gezondheidssituatie gering of soms zelfs non-existent is.

Ook in de literatuur wordt betreffende de criteria voor dwangopneming een onderscheid gemaakt tussen twee oriëntaties: gevaar en noodzaak van behandeling. Zowel de praktijk als de literatuur laat zien dat het onderscheid tussen beide oriëntaties meer gradueel dan principieel van aard is: hoe ruimer gevaar wordt geïnterpreteerd, bijvoorbeeld door ook nadelen voor de gezondheidstoestand van de patiënt daaronder te begrijpen, hoe dichter gevaar en noodzaak van behandeling bij elkaar komen. Tussen ‘danger’ en ‘harm’ bestaat lang niet altijd verschil.

Afgezien daarvan is het ook maar de vraag hoeveel zelfstandige betekenis en impact een wettelijk criterium heeft. Dit wordt het beste geïllustreerd door de Oostenrijkse situatie. In de Oostenrijkse wet is een gevaarscriterium opgenomen dat vrij strikt wordt uitgelegd. Niettemin is Oostenrijk een van de landen met – relatief gezien – het hoogste aantal dwangopnemingen (Salize e.a. 2002). Als reden daarvoor wordt genoemd het ontbreken van voldoende ambulante alternatieven voor (gedwongen) opneming. In dit voorbeeld is de beschikbaarheid van voorzieningen bepalender voor de impact van het wettelijke criterium dan de bewoordingen daarvan zouden doen vermoeden. Daarvoor bestaan ook andere aanwijzingen. In een aantal landen met ruimere criteria voor dwangopneming dan Nederland is het aantal onvrijwillige opnemingen nagenoeg gelijk aan of zelfs lager dan in ons land. In Nederland valt de laatste jaren een sterke stijging van het aantal dwangopnemingen waar te nemen. Het gevaarscriterium staat daarbij kennelijk niet in de weg.

Een en ander doet de vraag rijzen of het aanpassen van wettelijke criteria, bijvoorbeeld door een switch te maken van gevaar naar noodzaak van behandeling, een meerwaarde heeft. Een argument om die switch wel te maken is misverstan-

den onder hulpverleners, die de wet strikter interpreteren dan op grond van de rechtspraak nodig is, weg te nemen. Dat kan voor de praktijk van belang zijn, maar het belang van een dergelijke switch moet niet worden overschat.

#### HET ONTBREKEN VAN EEN ALTERNATIEF

Een gedwongen opneming op grond van de Wet Bopz moet worden gezien als een ultimum remedium. Het juridische beginsel van subsidariteit gebiedt dat moet worden getracht het door de patiënt veroorzaakte gevaar weg te nemen via de minst ingrijpende weg. Een dwangopneming is dan ook alleen mogelijk als ‘het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend’ (art. 2 lid 2 onder b Wet Bopz). Dit is een ruime formulering, die niet alleen betrekking heeft op therapeutische alternatieven. Ook door middel van andere activiteiten kan in bepaalde omstandigheden worden voorkomen dat een dwangopneming nodig is (door het realiseren van een andere verblijfplaats, door het regelen van een uitkering, door de patiënt regelmatig door een familielid te laten bezoeken, etc.).

De vraag naar alternatieven voor een dwangopneming dient niet pas aan de orde te komen als er duidelijke tekenen zijn die wijzen in de richting van een dwangopneming. Het is van belang om eerder te interveniëren, en daardoor de kans dat het tot een dwangopneming moet komen te verkleinen. De Wet Bopz laat zich over die voorfase niet uit, maar in wetgeving van andere landen is dat soms wel zo. Zie bijvoorbeeld de wetgeving in de Duitse deelstaat Bremen, die hulpverleners mogelijkheden biedt om ook al in de voorfase van een mogelijke dwangopneming de patiënt directief te benaderen (in contact treden, dringend adviseren, zo nodig de woning van de patiënt betreden e.d.).

Sinds 2004 kan het alternatief voor de onvrijwillige opneming in een psychiatrisch ziekenhuis ook bestaan uit een door de rechter opgelegde voorwaardelijke machtiging (art. 14 a e.v. Wet

Bopz). In veel gevallen zal ook de patiënt een voorwaardelijke machtiging als minder ingrijpend ervaren dan een onvrijwillige opname. De voorwaardelijke machtiging houdt in dat zolang de patiënt de gestelde voorwaarden naleeft en het gevaar daardoor voldoende onder controle blijft, van een onvrijwillige opname geen sprake is. Het ultimatum-remediumkarakter van de dwangopname brengt mee dat in alle gevallen waarin men een op dwangopname gerichte machtiging aanvraagt, men expliciet moet overwegen of kan worden volstaan met een voorwaardelijke machtiging. In andere landen bevat de wetgeving nog uitvoeriger mogelijkheden voor ambulante vormen van drang en dwang, bijvoorbeeld in de vorm van een *Community Treatment Order*.

Een alternatief dat veel minder vaak wordt beproefd, is het toepassen van curatele, mentorship of bewind. Daarover verscheen onlangs in dit tijdschrift een interessante bijdrage (Jongeleen & Mulder 2006). Door het benoemen van een dergelijke vertegenwoordiger kan in een aantal gevallen mogelijk worden voorkomen dat een dwangopname nodig is. Een nadeel van het Nederlandse systeem is de versnipperde inrichting daarvan, met aparte procedures en bevoegdheden voor de bewindvoerder, de mentor en de curator. In dat opzicht lijken de modernere regelingen in Oostenrijk en – vooral – Duitsland (*Sachwalter resp. Betreuer*) betere mogelijkheden te bieden voor vertegenwoordiging op maat, juist ook voor psychiatrische patiënten (Legemaate e.a. 2007). In het bijzonder de Duitse wetgeving lijkt kansen te bieden om de benoeming van een vertegenwoordiger in te zetten ter voorkoming van maatregelen op grond van regelingen als de Wet Bopz. De Oostenrijkse en Duitse vertegenwoordigingsmodellen kenmerken zich door één type vertegenwoordiger (wiens pakket van taken en bevoegdheden wordt afgestemd op het individuele geval) en door de inzet van – veelal aan stichtingen of verenigingen verbonden – professionele vertegenwoordigers. Dit model is ook voor Nederland te overwegen, maar zou wel een ingrijpende aanpassing van het Burgerlijk Wetboek vergen.

## TOT SLOT

Over de criteria voor dwangopname zoals genoemd in de Wet Bopz valt het nodige te zeggen. In de kern passen deze criteria goed bij de opvattingen zoals deze worden verwoord in internationale verdragen en richtlijnen. Het heeft niet zoveel zin om binnen het kader van de Wet Bopz een of meer onderdelen van de criteria te wijzigen. Beter is het om, zoals recent is voorgesteld door de Derde evaluatiecommissie, na te denken over een nieuwe wettelijke regeling. Dat biedt de mogelijkheid om beperkingen die inherent zijn aan de inhoud en opzet van de huidige Wet Bopz weg te nemen, en ook om te profiteren van verbeter suggesties die kunnen worden ontleend aan internationale verdragen en aan de wetgeving uit andere landen.

## LITERATUUR

- Derde Evaluatiecommissie van de Wet Bopz (2007). *Voortschrijdende inzichten...* (Reeks derde evaluatie Wet Bopz, deel 1). Den Haag: Ministerie van VWS.
- Jongeleen, J.J.A., & Mulder, C.L. (2006). Bewind en curatele ter preventie van verloedering van psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 395-398.
- Legemaate, J. (2004). Betere behandeling van zorgmijdende psychiatrische patiënten: discussie over de wetgeving niet isoleren van andere factoren en overwegingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 148, 1130-1133.
- Legemaate, J. (2005). De zaak H.L. tegen het Verenigd Koninkrijk: het Europese Hof over vrijheidsbeneming. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 29, 221-226.
- Legemaate, J., Frederiks, B.J.M., & de Roode, R.P. (2007). *Internationale ontwikkelingen* (Reeks derde evaluatie Wet Bopz, deel 7). Den Haag: Ministerie van VWS.
- Salize, H.J., Dreßing, H., & Peitz, M. (2002). *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients*. Mannheim: Central Institute of Mental Health.
- Widdershoven, T.P. (2006). Na de Wet Bopz – Aandachtspunten voor een regeling van psychiatrische dwang. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 30, 488-503.

AUTEUR

J. LEGEMAATE is werkzaam als hoogleraar Gezondheidsrecht, VU medisch centrum, afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam.

Correspondentieadres: prof. dr. J. Legemaate, VU medisch centrum, Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO), Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam.

E-mail: j.legemaate@fed.knmg.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-4-2008.

SUMMARY

**Compulsory admission: developments in the Netherlands – J. Legemaate –**  
*According to the Dutch Mental Health Act, there are three criteria governing compulsory admission to a psychiatric hospital: the subject himself does not agree with admission; he presents a danger to himself and others and the ‘last resort’ principle applies (i.e. there is no reasonable alternative). The criteria themselves are not under dispute, but certain elements relating to legislation and practice can be improved. International agreements and foreign legislation can serve as useful sources of introducing improvements into Dutch legislation.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 49-53]

**KEY WORDS** civil commitment, rights of patients, mental health law