

Reactie op 'Voor wie is de voorwaardelijke dwangopneming?'

Voorwaardelijke machtiging: een (voldoende) welkome aanvulling?

De voorwaardelijke machtiging (vw) is een welkome aanvulling. Dat zegt ook de redactie van het Tijdschrift voor Psychiatrie in haar *In dit nummer* van het februarinummer 2005 inzake het artikel van Wierdsma & Reisel (2005). De auteurs rapporteren daarin over hun retrospectieve onderzoek bij een groep patiënten (N=176) van wie uit de periode 1986-1990 een geneeskundige verklaring beschikbaar en bewerkbaar was. Hun conclusie is dat eenderde van de onder dwang opgenomen patiënten (nu) had kunnen profiteren van een vw, dus heden ten dage niet opgenomen zou zijn. Dat is inderdaad een goede stap voorwaarts, maar helaas voor een beperkte populatie.

Wierdsma en Reisel hebben op grond van herbeoordeling van de geneeskundige verklaring 2 groepen gevonden: zij die (achteraf) in aanmerking komen voor een vw (n=60) en zij die daarvoor niet in aanmerking komen (n=116). Vervolgens hebben zij de 2 groepen onderling vergeleken met behulp van de *Severity of Psychiatric Illness Scale* en toen vonden zij enkele interessante significante verschillen. Deze verschillen leveren aanwijzingen op voor het profiel van de 'vw-populatie'. Het gaat om mensen die een relatief goed ziekte-inzicht hebben (kennis), gemotiveerd zijn voor een behandeling (motivatie) en een relatief goede medicatietrouw hebben (gedrag); doorgaans lijden zij aan stemmingsstoornissen. Er komen nog enkele verschillen naar voren, maar vooral komt ook naar voren dat andere criteria niet (significant) onderscheiden, zoals gevaar voor anderen, ernstige psychiatrische symptomatologie en verstoorte familierelaties.

Er is zowel bij de politiek als bij de medische en juridische professionals grote behoefte aan

nadere profilering van de 'vw-populatie'. In het artikel van Wierdsma en Reisel komt naar voren dat de Tweede Kamer destijds uitging van 'minder ernstige problematiek en een meer ambulante zorgpatroon', en de minister van 'patiënten met psychiatrische stoornissen waarbij medicamenteuze behandeling met succes wordt toegepast'. Ook was in de politieke discussie de term 'draai-deurpatiënten' gevallen.

Helaas is het onderzoek van Wierdsma en Reisel niet ingegaan op een populatie patiënten die mogelijk van een *paraplumachtiging* (profiteerden of) hadden kunnen profiteren. De inmiddels (per 1 januari 2004) feitelijk opgedoekte *paraplumachtiging* hield een verlof of ontslag onder voorwaarden in bij patiënten die met een voorlopige (art 2) of voortgezette rechterlijke machtiging (art. 16) waren opgenomen. Ook als zij al ambulante begeleid werden (en dus al met verlof of ontslag waren) kon de *paraplumachtiging* worden verlengd. Bij deze oude *paraplumachtiging* was expliciete instemming met de voorwaarden niet nodig (de geneesheer-directeur legde deze op) en mensen konden dan ook zónder ziekte-inzicht met ontslag; zolang ze maar in hun *gedrag* akkoord gingen met de opgelegde voorwaarden (door bijvoorbeeld naar de depot-polikliniek te komen). Per 1 januari 2004 is – net als bij de vw – ook voor hen *informed consent* (mondeling en/of schriftelijk) vereist met de voorwaarden voor verlof of ontslag. Nu lopen degenen die niet in staat zijn of niet willen instemmen met de voorwaarden – zoals dat wel eens wordt gezien bij mensen met schizofrenie – de kans langer dan nodig opgenomen te blijven. Onder hen zijn dus vaak mensen met chronisch psychotische problematiek, dus een geheel andere populatie dan de beschreven 'vw-populatie' of in ieder geval een populatie met een ander profiel.

Hoewel er een trend bij rechtbanken lijkt te zijn dat alle aanvragen voor een ambulante machtiging beschouwd moeten worden als aanvragen van een voorwaardelijke machtiging (art. 14a/d), zéker als mensen al ambulante begeleid, blijkt (gelukkig) dat uit jurisprudentie ook criteria zijn blijven bestaan om tóch een ouder-

wetse paraplumachtiging te geven (Rechtbank Amsterdam 2004): de rechtbank gaf aan een ambulante patiënt een verlenging van een voortgezette machtiging (art. 16), omdat de persoon in kwestie snel moest kunnen worden opgenomen én wils- onbekwaam was (niet met de voorwaarden kon instemmen). Een gedwongen heropname bij een voorwaardelijke machtiging is namelijk omslachtig en daarom traag.

Onderzoek naar het profiel van de ‘paraplu-populatie’ lijkt mij ook een welkome aanvulling. Het is belangrijk dat beleidsmakers zich realiseren dat het optuigen van de Wet BOPZ met een VW niet voldoende is. Mogelijk past evaluatie van de paraplumachtiging in het plan van onder meer de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie om een brede deskundigencommissie aan te stellen. Deze commissie moet dan advies uitbrengen over het al dan niet opstellen van een behandelwet (Van Veldhuizen 2004) – die mijns inziens zeer wenselijk is.

LITERATUUR

- Rechtbank Amsterdam. (2004). Rb Amsterdam, 3, 10, 197-200. Bopz Jurisprudentie, 42.
- Veldhuizen, J.R. van. (2004). Van dwangopname naar dwangbehandeling. *Medisch Contact*, 59, 766-768.
- Wierdsma, A.I., & Reisel, A. (2005). Voor wie is de voorwaardelijke dwangopneming? Kenmerken van patiënten voor wie een voorwaardelijke machtiging zou zijn aangevraagd. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 105-109.

A.J.K. HONDIUS, psychiater, Spatie, Centrum Geestelijke Gezondheid, Apeldoorn