

Kanttekeningen bij een nieuwe wet voor psychiatrische dwangbehandeling

A.J. THOLEN

Van Opstal & Lammers (2007) bepleiten elders in dit nummer een nieuwe wet voor gedwongen zorg geschoeid op de Schotse Mental Health Act (Great Britain Scottish Parliament 2003). Zij verwachten dat de (dwang)behandeling van de patiënt dan meer centraal komt te staan en dat kan worden ingegrepen bij patiënten zonder ziekte-inzicht die conform de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) geen gevaar lopen. Tevens verwachten zij meer mogelijkheden voor ambulante dwang, een kortere (gedwongen) opnameduur, minder separatie en betere zorg voor patiënten na een gedwongen opname. Ik wil een aantal kanttekeningen maken bij de mijns inziens te grote verwachtingen die Van Opstal en Lammers hebben bij een 'behandelwet'.

Ten eerste wordt de Wet Bopz door de auteurs te eenzijdig als een opnamewet getypeerd. De Wet Bopz regelt namelijk niet alleen de voorwaarden en procedures voor een gedwongen opname, maar stelt ook regels aan behandelingsplan en dwangbehandeling. Tevens wordt de mogelijkheid voor dwangbehandeling met de aanstaande wetswijziging aanzienlijk verruimd. Daarnaast biedt deze wet met de voorwaardelijke machtiging een alternatief voor opname.

Ten tweede zijn de verschillen tussen de Wet Bopz en de Schotse Act wat betreft de mogelijkheden voor dwangopname en dwangbehandeling veel minder groot dan de auteurs beweren. Onjuist is de veronderstelling van de auteurs dat met een community based Compulsive Treatment Order (CTO) ambulante dwangbehandeling mogelijk wordt gemaakt. Dat kan onder de Act (art. 112-123) alleen in een ziekenhuis waar de patiënt naar toe

gebracht moet worden. Ook is het de vraag of dwangbehandeling in de kliniek sneller dan onder de gewijzigde Wet Bopz kan worden ingezet. De procedures voor een CTO nemen meerdere weken in beslag vanwege de vereiste twee beoordelingen door artsen, het vereiste Social Circumstances Report van de Mental Health Officer (MHO; een door lokale autoriteiten aangestelde maatschappelijk werker) en de planning van de hoorzitting door het Mental Health Tribunal Scotland (2006). In de Schotse Act heeft de – niet door Van Opstal en Lammers genoemde – MHO een centrale rol. Alleen de MHO kan bij het Mental Health Tribunal een aanvraag indienen voor een CTO. Die aanvraag bevat een uitgebreid behandel- en zorgplan en tevens de twee rapporten van *approved medical practitioners*, die de patiënt zelf afzonderlijk onderzochten. In totaal spreken dan drie deskundigen afzonderlijk met de patiënt of vertegenwoordiger voorafgaand aan de zitting van het driehoofdige Tribunal.

Ten derde wil ik wijzen op het mijns inziens meest verruimende aspect van de Act als het gaat om de mogelijkheden voor eerder ingrijpen. Van Opstal en Lammers stellen dat wat betreft de criteria voor gedwongen opname de Act en de Wet Bopz vrijwel gelijk zijn en uitgaan van het gevaarscriterium. Dat is onjuist. Het criterium van 'een significant risico voor de gezondheid, de veiligheid of het welzijn van de patiënt, dat ook voor een Emergency Detention (art. 36.5) en een Short-term Detention (art. 44.4) geldt, is veel ruimer dan het Bopz-criterium.

Ten vierde noemen de auteurs als 'succes' van de Act de vermindering van het aantal verleende Emergency Detentions met 60% in het eerste jaar

en concluderen dat zich door de effecten van de Act minder situaties voordoen die een spoedopname nodig maken. Dat lijkt mij te snel geconcludeerd. Waarschijnlijk heeft de Act ook de drempel voor gedwongen opname verhoogd, omdat voorheen een gedwongen opname in Schotland vaak werd goedgekeurd op basis van slechts beperkte schriftelijke informatie en zonder een mondeling verhoor (Scottish Executive 2001). Daarbij komt dat de sinds 1995 geïntroduceerde *community care orders* niet populair waren, dit in tegenstelling tot de voorwaardelijke rechterlijke machtiging in Nederland.

Tenslotte is het de vraag of een gewenste verbetering van de zorg voor onvrijwillig opgenomen en/of behandelde patiënten kan worden afgedwongen met een wet die in vérgaande mate regelt hoe de patiënt wordt behandeld. Leidt een dergelijke wet niet tot onnodige en tijdrovende juridisering van het behandelbeleid? De Schotse Act is met 333 artikelen en een 258 pagina's tellende '*code of practice*' de meest gedetailleerde en ingewikkelde Europese wet. Onvermijdelijk bij een dergelijke wet is een uitgebreide administratieve verantwoording, waarvoor ik verwijs naar de 83 (!) voor de Act gebruikte formulieren, waarvan bijvoorbeeld de aanvraag voor een CTO 25 pagina's omvat (Scottish Executive 2005).

Ik onderschrijf volledig het door de auteurs aangehaalde principiële uitgangspunt van wederkerigheid (*reciprocity*) waardoor de Schotse Act sterk is geïnspireerd. Waar de wetgever het individu dwingt om zich te schikken naar een behandel- en zorgplan dient de wetgever ook de instellingen en lokale autoriteiten te verplichten om veilige en adequate diensten te leveren en te zorgen voor goede nazorg. De in de Act ingebouwde procedures vereisen echter veel extra inzet van de betrokken hulpverleners, deels vanwege administratieve verplichtingen maar ook vanwege de deelname in de druk bezette Tribunals zelf. Het is voorspelbaar dat een dergelijke multidisciplinaire commissie meer tijd neemt en vraagt dan de huidige Bopz-rechter.

De Schotse overheid sprak in haar *Policy Statement 'Renewing Mental Health Law'* (Scottish Executive 2001) al de zorg uit dat door de vergaande regulering van de gedwongen zorg de beste faciliteiten alleen nog maar ter beschikking zouden staan aan patiënten die onderhevig zijn aan dwangmaatregelen. De meeste Schotse psychiaters zijn vooralsnog van mening dat de zorg voor vrijwillig opgenomen patiënten heeft geleden onder de nieuwe procedures en beoordelen de nieuwe wet en het systeem van het Tribunal overwegend negatief en ervaren een toegenomen werklast (Carswell e.a. 2007).

Gedwongen behandeling is topzorg waarvoor goede faciliteiten en goed geschoold en gemotiveerd personeel onontbeerlijk zijn. De overheid moet ook de middelen verschaffen om die hoge kwaliteitseisen waar te maken. De kwaliteit van gedwongen zorg kan verder verbeterd worden door het systematisch betrekken van patiënten en hun naasten bij de beoordeling en de aanpak van de situatie. Tevens kan de verantwoording van het beleid verbeterd worden door systematisch second opinions uit te voeren bij het beoordelen van wilsonbekwaamheid, de eventuele noodzaak van dwang, het behandelingsplan, de evaluatie van dwang en de nazorg. Een transmuraal volgsysteem is van belang om, onafhankelijk van de locatie, de toestand en behandeling van de patiënt te evalueren. Daarbij kan een interne of externe commissie regelmatig adviezen geven over de onvrijwillige behandeling. Dat verbreedt het draagvlak van gedwongen zorg en houdt het behandelteam scherp. De effecten van een Tribunal of Commissie Psychiatrische Zorg kunnen eerst onderzocht worden in een bepaalde regio alvorens te concluderen dat een dergelijke commissie een netto meerwaarde heeft. Dan kan ook onderzoek gedaan worden naar de omvang van de groep wilsonbekwame patiënten die verstoken blijven van noodzakelijke behandeling door het handhaven van het gevaarscriterium, zoals voorgesteld door de derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2007).

LITERATUUR

- Carswell, C., Donaldson, A., & Brown, K. (2007). Psychiatrists' views and experience of the Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003. *Psychiatric Bulletin*, 31, 83-85.
- Great Britain Scottish Parliament. (2003). *Mental Health (Care and Treatment) Act*. www.opsi.gov.uk/legislation/scotland/acts2003/20030013.htm.
- Mental Health Tribunal Scotland. (2006). *Quarterly Statistics October-December 2006*.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Derde evaluatie-commissie van de Wet BOPZ. (2007).. *Rapport 1. Voortschrijdende inzichten*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Opstal, J.A.G. van, & Lammers, S. (2007). Voorstel voor een behandelwet naar Schots model. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 719-728.
- Scottish Executive. (2001). *Renewing Mental Health Law, Policy Statement*, nr. 71, nr. 78.
- Scottish Executive. (2005). *Mental Health Law Forms*.

AUTEUR

A.J. THOLEN is bestuurslid en hoofd patiëntenzorg van het Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen.
 Correspondentieadres: dr. A.J.Tholen, Universitair Centrum Psychiatrie UMCG, Postbus 30001, 9700 RB Groningen.
 E-mail: a.j.tholen@psy.umcg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-8-2007.