

Reactie op 'Kanttekeningen bij een nieuwe wet voor psychiatrische dwangbehandeling'*

Onlangs formuleerden wij een voorstel (Opstal & Lammers 2007) om de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) te vervangen door een behandelwet. Wij lieten ons daarbij inspireren door de Schotse Mental Health Act 2003 (Great Britain Scottish Parliament 2003). Collega Tholen (2007) plaatste in een commentaar enkele kanttekeningen bij ons voorstel.

Inmiddels is het derde evaluatierapport Wet Bopz aan de Eerste en Tweede Kamer aangeboden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz 2007a, b en c). Het verheugt ons te constateren dat de conclusies van deze evaluatiecommissie vrijwel parallel lopen met onze bevindingen en aanbevelingen: (a) de Wet Bopz wordt beschouwd als een complexe en moeilijk te begrijpen wet. (b) Wils(on) bekwaamheid dient een wezenlijk grotere rol te krijgen. Uitgangspunt zou moeten zijn dat wilsbekwame weigering van behandeling gerespecteerd wordt en dat meer waarde wordt gehecht aan wilsbekwaam dan aan wilsonbekwaam verzet. (c) De Wet Bopz is niet toekomstbestendig. In de toekomstige regeling dient passende zorg – ongeacht waar de patiënt zich bevindt – uitgangspunt te zijn. (d) Gedwongen zorg kan bestaan uit zorg, behandeling, opname en beveiliging.

Richten wij ons op de kanttekeningen van Tholen. Ten eerste stelt hij dat de Wet Bopz door ons te eenzijdig als een opnamewet zou worden getypeerd. Met deze typering bevinden wij ons in goed gezelschap: niet alleen de beroepsgroep (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2005), maar ook de derde evaluatiecommissie kenmerkt de Wet Bopz als een opnamewet ('een wet waarin de gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis centraal staat') (Derde evaluatiecommissie

van de Wet Bopz, 2007c). Zoals Tholen aangeeft, stelt de Wet Bopz inderdaad ook regels aan dwangbehandeling, maar – zoals in de psychiatrische praktijk dagelijks ervaren wordt en door ons betoogd wordt – zijn die veel te beperkend. De voorgestelde wetswijziging verruimt de mogelijkheid voor dwangbehandeling, maar dit geldt uitsluitend voor de klinische dwangbehandeling. De voorwaardelijke machtiging biedt (theoretisch) inderdaad een alternatief voor opname, maar biedt (praktisch) geen mogelijkheden voor dwangbehandeling. Bovendien bleek – door een arrest van de Hoge Raad (Hoge Raad 2005) – het toepassingsgebied van deze wet dermate beperkt dat de wetgever zich genoodzaakt zag tot reparatiewetgeving over te gaan.

Ten tweede betoogden wij dat met de *community-based compulsory treatment order* (CTO) dwangbehandeling mogelijk werd gemaakt. Indien een ambulante patiënt zich niet aan de gestelde voorwaarden houdt, kan hij met behandel-dwang tegen zijn wil worden opgenomen. In Nederland kan een patiënt die zich niet aan de voorwaarden van de voorwaardelijke machtiging houdt, slechts worden opgenomen zonder behandel-dwang. Het feit dat de patiënt zo nodig kan worden opgenomen én kan worden behandeld, heeft een sterker preventief effect. Het aanvragen van een CTO vergt inderdaad tijd. Echter, indien de patiënt reeds een *community-based CTO* ondergaat en zich niet aan de voorwaarden houdt, is het helemaal niet nodig om een geheel nieuwe aanvraag te doen. Gedurende een periode van 6 uur (wanneer patiënt zich niet aan de gestelde medicatievoorschriften houdt) dan wel 72 uur (wanneer hij zich in het algemeen niet aan de gestelde voorwaarden houdt) kan een patiënt naar een ziekenhuis worden gebracht, alwaar hij – zo nodig – onder dwang medicatie krijgt (artikel 112 lid 5 en 113 lid 5 van de Act). Als patiënt vervolgens – dankzij deze behandeling – weer opknapt, kan hij al snel – onder daartoe gestelde voorwaarden – terug-

*Deze ingezonden brief is abusievelijk in nummer 1 van 2008 afgedrukt zonder het onderschrift van A.J. Tholen en wordt hier nu nogmaals afgedrukt met dit onderschrift.

keren in de maatschappij. Ons inziens een betere aanpak dan de drangbehandeling die de voorwaardelijke machtiging in Nederland biedt.

Ten derde zijn wij het met Tholen eens dat de mogelijkheid eerder in te grijpen een verruimend aspect is van de Act. Het verschil zit ons inziens niet zozeer in de criteria (al spreekt men in Nederland over 'gevaar' en in Schotland over 'significant risico') als wel in het feit dat in Nederland dat gevaar daadwerkelijk moet bestaan, terwijl in Schotland slechts de 'waarschijnlijkheid' ervan vereist is.

Ten vierde noemden wij de daling van het aantal gedwongen opnames (*emergency detentions*) een spectaculair succes. Wij veronderstelden dat het in werking treden van de Act had geleid tot afname van noodsituaties die een spoedopname noodzakelijk maakten. Immers, een betere kwaliteit van zorg, alsmede een grotere continuïteit, zal er zeer waarschijnlijk toe leiden dat een spoedopname minder vaak nodig is. Dat neemt niet weg dat mogelijk ook andere factoren een rol spelen, zoals Tholen veronderstelt.

Ten slotte wijst Tholen terecht op het gevaar van toenemende bureaucratisering. Dat zijn we van harte met hem eens: de toegenomen bureaucratische rompslomp is ook ons een doorn in het oog. Om werkbaar te zijn dient de wet begrijpelijk en overzichtelijk te zijn en niet gepaard te gaan met overtollige procedures en administratieve ballast. Dit is ook van belang om het noodzakelijke draagvlak te krijgen. Wij pleitten dan ook niet voor het kopiëren van de gehele Schotse wet, maar wel voor een nieuwe Nederlandse wet waarin de verworvenheden en de pluspunten van de Act zouden worden overgenomen.

LITERATUUR

- Great Britain Scottish Parliament (2003). *Mental Health (Care and Treatment) Act*. www.opsi.gov.uk/legislation/scotland/acts2003/20030013.htm.
- Hoge Raad. (29 april 2005). *Bopz Jurisprudentie*, 15, 88-108.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz. (2007a). *Rapport 1. Voortschrijdende inzichten*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz. (2007b). *Rapport 7. Internationale ontwikkelingen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz. (2007c). *Samenvatting evaluatierapport 'Voortschrijdende inzichten...'* <http://www.minvws.nl/images/ra-bopz-tcm19-147653.pdf>
- Scottish Executive (2001). *Renewing Mental Health Law, Policy Statement*, nr. 47-59.
- Opstal, J.A.G. van, & Lammers, S. (2007). Voorstel voor een behandelwet naar Schots model. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 719-728.
- Tholen, A.J. (2007). Kanttekeningen bij een nieuwe wet voor psychiatrische dwangbehandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 729-731.
- 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.

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.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Comments on a new treatment law for psychiatric compulsive treatment'

ANTWOORD aan Van Opstal & Lammers

Een aantal conclusies van Van Opstal & Lammers (2007) zijn inderdaad terug te vinden in het rapport van de derde evaluatiecommissie Wet Bopz (2007): de huidige wet is ondoorzichtig, te ingewikkeld, onleesbaar en sluit niet meer aan bij de huidige visie op zorg en op de rol van de verschillende actoren. De nieuwe regeling zou een kader moeten bieden voor continue en flexibele zorg, persoonsvolgend in plaats van locatiegebonden. Aanpassing van de huidige wet, gestapeld op de vele reparaties van de afgelopen tijd, zou de Wet Bopz nog complexer maken. Al deze conclusies van de commissie zijn goed te volgen.

In mijn kanttekeningen bij het artikel van Van Opstal en Lammers ging het mij echter om de te ongenueanceerde typering van de praktijk van de huidige wet en de te snelle omarming van een vergaande juridisering van de onvrijwillige behandeling van psychiatrische patiënten conform de Schotse Mental Health Act (Tholen 2007). De evaluatiecommissie is genuanceerder in haar oordeel over de praktijk van de Wet Bopz die 'ondanks deze veelvuldige wijzigingen tot op heden min of meer werkbaar is gebleven' (pag. 106).

Hoeveel meer behandel mogelijkheden biedt de Act? Van Opstal en Lammers wijzen op de mogelijkheid in de Act om een patiënt met een community-based compulsory treatment order (CTO) kortdurend op te nemen om zo nodig onder dwang medicatie toe te dienen. Dat biedt mogelijk meer ruimte en is in elk geval procedureel makkelijker en sneller dan het omzetten van een voorwaardelijke rechterlijke machtiging in een voorlopige rechterlijke machtiging en het vervolgens onder dwang behandelen conform de voorgestelde wetswijziging Bopz. Mijn voorlopige stelling is echter dat een 'behandelwet' conform Schots model in de praktijk slechts in beperkte mate extra ruimte biedt voor dwangbehandeling in vergelijking met de Wet Bopz na wijziging van artikel 38. Na wetswijziging wordt dwangbehandeling ook mogelijk 'als redelijkerwijs aan te nemen valt dat zonder die behandeling het gevaar, op grond waar-

van de patiënt in het ziekenhuis moet verblijven, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen'.

Mijn kanttekeningen richtten zich niet op de uitgangspunten voor een nieuwe wet, maar op de voorgestelde procedures en de daarmee gepaard gaande juridisering van het behandelbeleid. Voor Van Opstal en Lammers is de mogelijke bureaucratische rompslomp ook een doorn in het oog en zij hopen dat een wet die de behandeling centraal stelt niet gepaard gaat met een dergelijke ballast. Ik vrees dat de regelbehoefte van de wetgever onderschat wordt. In navolging van de Schotse Act bepleit de derde evaluatiecommissie Wet Bopz de introductie van een Commissie Psychiatrische Zorg (CPZ). De CPZ beoordeelt de medische noodzaak van de gedwongen zorg, houdt toezicht op de juiste uitvoering van het door de rechter gelegitimeerde behandelingsplan, en beslist over beëindiging van de gedwongen zorg. Het is onvermijdelijk dat dit gepaard gaat met uitgebreide en herhaalde verantwoording van de indicatie en de evaluatie van gedwongen zorg. Welke invloed zal deze CPZ hebben op de andere actoren van wie taken worden overgenomen en die gevolgd en beoordeeld worden? Wordt alles dan beter, vergeleken met de huidige procedures waarin behandelbaar, geneesheer-directeur en rechter de hoofdspekers zijn?

Ten slotte wil ik nogmaals wijzen op het, niet door Van Opstal en Lammers genoemde, verschil in criteria tussen de Schotse Act, de Wet Bopz en het voorstel voor een nieuwe wet van de evaluatiecommissie. Het gaat in de Act om 'een significant risico voor de gezondheid, de veiligheid of het welzijn', hetgeen ruimer is dan het Bopz-gevaar 'dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen, maatschappelijk te gronde zal gaan of zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen'. De evaluatiecommissie pleit voor handhaving van dat gevaarscriterium, terwijl de eveneens bepleite aanbeveling om minder betekenis te hechten aan wilsonbekwaam verzet de mogelijkheid biedt om conform de Act en conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsover-

eenkomst (WGBO) het 'ernstig nadeel criterium' ook voor psychiatrische patiënten te introduceren.

LITERATUUR

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Derde evaluatiecommissie 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, 729-731.
- Tholen, A.J. (2007). Kanttekeningen bij een nieuwe wet voor psychiatrische dwangbehandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 729-731.

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.