

Mental Health Amendment Bill

door G. V. C. Dekker

Inleiding

In het Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid van september 1960 (15, 1960, 9) heeft mevr. mr. dr. E. C. Lekkerkerker een artikel geschreven genaamd 'de nieuwe Mental Health Act in Engeland'. In dit artikel bespreekt zij de maatschappelijke achtergrond, de voornaamste beginselen en een groot deel van deze op 29 juli 1959 aanvaarde en op 1 november 1960 geheel in werking getreden wet.

Precies eenentwintig jaar later in november 1981 heeft de Britse regering een wetsontwerp tot herziening van de Mental Health Act 1959 bij het parlement ingediend. Aan deze Mental Health Amendment is zijn een tweetal regeringsnota's – een 'consultation paper' in 1976 en een 'white paper' in 1978 – voorafgegaan. Beide nota's droegen de naam 'Review of the Mental Health Act 1959'.

Het is niet mijn bedoeling om uitgebreid in te gaan op de Mental Health Act 1959. Voor een bespreking daarvan zij verwezen naar het voormelde artikel mevrouw Mevrouw Lekkerkerker. Wel komt het mij van belang voor om zeer beknopt een overzicht te geven van de inhoud van de wet alsmede aan de hand van de beschrijving mevrouw Mevrouw Lekkerkerker van de maatschappelijke achtergrond en de voornaamste beginselen van de Wet. De Mental Health Act 1959 heeft de volgende considerans:

An Act to repeal the Lunacy and Mental Treatment Acts 1890 to 1930 and the Mental Deficiency Acts 1913 to 1938, and to make fresh provision with respect to the treatment and care of mentally disordered persons and with respect to their property affairs; and for purposes connected with the matters aforesaid (29th July 1959). Be it by the Queen's most Excellent Majesty, by and with the advice and consent of the Lords Spiritual and Temporal and Commons, in this present Parliament assembled, and by the authority of the same, as follows:

Na deze considerans volgen negen hoofdstukken waarvan met het

oog op de Mental Health Amendment Bill de voornaamste zijn:

- Hoofdstuk I: Inleiding.
Hoofdstuk IV: Onvrijwillige opneming in een (psychiatrisch) ziekenhuis en ondertoezichtstelling.
Hoofdstuk V: Opneming van patiënten in het kader van de strafrechtspleging alsmede overbrenging van gedetineerden.
Hoofdstuk VII: Ziekenhuizen voor behandeling van patiënten onder bijzondere voorwaarden in verband met de veiligheid.
Hoofdstuk VIII: Beheer van de eigendommen en andere aangelegenheden van patiënten.
Hoofdstuk IX: Gemengd en Algemeen, waaronder zaken als de bevoegdheden en de procedures van de Mental Health Review Tribunals, misdrijven, zakgeld, geestelijk gestoorde aangetroffen op openbare plaatsen, etc.

Als achtergrond van de Mental Health Act schildert Mevr. Lekkerkerk een aantal maatschappelijke en medisch/psychiatrische ontwikkelingen, welke de radicale vernieuwingen van deze wet, mogelijk hebben gemaakt.

(a) In de eerste plaats de grote vooruitgang in de behandeling van geesteszieken met de nieuwere geneesmiddelen, waardoor patiënten veel korter in de psychiatrische ziekenhuizen behoeven te blijven.

(b) Op grond van het voorgaande de neiging om patiënten zo spoedig mogelijk te ontslaan en om de behandeling, zo nodig, voort te zetten in dagziekenhuizen, poliklinieken etc. De verandering van de psychiatrische inrichting van gesticht in ziekenhuizen met polikliniek.

(c) De behandeling van patiënten met individueel- en groepstherapeutische methodieken zonder dat zij opgenomen zijn.

(d) De snelle toeneming van het aantal vrijwillige opnemingen en van open inrichtingen. Tachtig procent van de opnemingen geschiedt zonder rechterlijke tussenkomst ten tijde van de invoering van de Mental Health Act in 1960.

(e) De geleidelijke opbouw van sociale voorzieningen alsmede de invoering van de Nationale Gezondheidszorg, waarin ook de geestelijke gezondheidszorg is opgenomen zodat de bijzondere plaats, die deze zorg oorspronkelijk innam, voor een zeer groot deel is opgeheven.

Algemene beginselen van de wet:

1. Alle bijzondere wettelijke bepalingen ten aanzien van geestelijk gestoorde zijn in deze wet samengevoegd, hetgeen de systematiek van de wetgeving aanzienlijk heeft verbeterd en een grotere uniformiteit van de regelingen heeft verzekerd.

2. De wet omvat niet de gehele geestelijke gezondheidszorg (de

naam suggereert dit enigszins), doch alleen die categorieën patiënten voor wie bijzondere (wettelijke) voorzieningen noodzakelijk zijn.

3. Zoals gebruikelijk bij dit soort wetgeving, is ook in deze wet gezocht naar een evenwicht tussen enerzijds de vrijheid en het belang van het individu (de geesteszieke) en anderzijds de veiligheid en andere belangen van derden.

4. De erkenning van het beginsel dat geesteszieken zoveel mogelijk gelijk behandeld moeten worden als lichamelijk zieken, is in de wet ver doorgevoerd.

5. De opnemings zonder rechterlijke tussenkomst wordt vooropgesteld. Ook de onvrijwillige opname wordt geregeld zonder dat de rechter hierin betrokken wordt. Een maatregel als de *rechterlijke* machtiging (d.w.z. de toestemming van de rechter voorafgaande aan de opname) is radicaal afgeschaft. De patiënt krijgt het recht om na opname in een aantal gevallen in beroep te gaan bij het Mental Health Review Tribunal.

6. De opname van patiënten is niet meer gebonden aan in het bijzonder daartoe aangewezen psychiatrische ziekenhuizen (designated hospitals), maar kan plaatsvinden in elke daartoe geschikte inrichting.

7. Het Inspectie-apparaat (Board of Control), dat onder meer elke opname moest controleren en elke nieuwe patiënt zelf moest gaan zien, is opgeheven.

8. In de Mental Health Act wordt uitgegaan overeenkomstig de regelingen van de National Health Service Act, van een grote mate van decentralisatie. Slechts de Special Hospitals worden nog rechtstreeks door het Department of Health and Social Security (DHSS) in London bestuurd.

Beknpte bespreking van de principiële veranderingen in de Mental Health Act 1959 voorgesteld in de Mental Health Amendment Bill 1981

De Mental Health Act 1959 is geïntroduceerd tegen de achtergrond van hooggespannen maatschappelijke verwachtingen terzake van het genezen van geesteszieken door psychiatrische hulpverlening, in het bijzonder door medicatie. Tevens speelde een belangrijke rol dat de praktijk had geleerd dat de vrijheidsbeneming van psychiatrische patiënten aanzienlijk beperkt kon worden en dat men derhalve het aantal onvrijwillige opnames kon laten dalen.

De Britse regering komt in 1981 tot de conclusie dat de Mental Health Act aan de verwachtingen heeft voldaan, hetgeen niet wegneemt dat deze wet na twintig jaar aan herziening en modernisering toe is. In zijn algemeenheid heeft de wet een evenwichtig stelsel geboden ter bescherming en regulering van de kleine minderheid van patiënten voor wie onvrijwillige opname onvermijdelijk bleek. Evenals de Mental Health Act 1959 heeft het wetsontwerp betrekking op de rechtspositie van psychisch gestoorde die bescherming of regulering door middel van de wet behoeven. De

zorgverlening aan het veel grotere aantal geesteszieken en geestelijk gehandicapten zowel in een ziekenhuis als in de samenleving verblijvend, valt buiten het bestek van het wetsontwerp.

(a) *Doeleinden*

Het wetsontwerp beoogt de rechtswaARBorgen voor onvrijwillig opgenomen en op te nemen patiënten te verbeteren, de positie van de hulpverleners te verduidelijken en onzekerheden in de huidige wet weg te nemen.

Daartoe worden de volgende wettelijke maatregelen voorgesteld:

1. Halvering van de perioden waarvoor onvrijwillige opneming kan worden verleend.

2. Het toestaan van opneming en verblijf in een ziekenhuis van bepaalde categorieën patiënten alleen wanneer zij geacht kunnen worden behandelbaar te zijn.

3. Vergroting van de mogelijkheden in beroep te gaan bij het Mental Health Review Tribunal.

4. Verduidelijking van de situaties rond de instemming van de patiënt met de behandeling.

5. De invoering van een Mental Health Act Commission ter waarborging van de kwaliteit van aan de patiënten verleende zorg en ter controle van het gebruik van wettelijke bevoegdheden.

6. Aanpassing van de bevoegdheden van toezichthouders aan de huidige praktijk.

7. Vergroting van de mogelijkheden tot psychiatrische observatie en behandeling van preventief gedetineerden in psychiatrische ziekenhuizen.

(b) *Bepaling van het begrip geestelijke stoornis*

In de Mental Health Act wordt het algemene begrip 'mental disorder' onderscheiden in vier subcategorieën namelijk mental illness, severe subnormality, psychopathic disorder and subnormality.

In tegenstelling tot de andere drie subcategorieën van mental disorder, wordt mental illness niet verder gedefinieerd in de wet. Ook in het wetsontwerp wordt hierin geen verandering voorgesteld. De overgrote meerderheid van de onvrijwillig opgenomen patiënten valt in de subcategorie mental illness.

Severe subnormality wordt gedefinieerd als 'a state of arrested or incomplete development of mind which includes subnormality of intelligence and is of such a nature or degree that the patient is incapable of living an independent life or of guarding himself against serious exploitation, or will be so incapable when of age to do so'.

Subnormality wordt gedefinieerd als 'a state of arrested or incomplete development of mind which includes subnormality of intelligence and is of a nature or degree which requires or is susceptible to medical treatment or other special care or training of the patient'.

In het wetsontwerp wordt voorgesteld deze terminologie te vervangen door de termen 'severe mental handicap' en 'mental handicap'. Aangezien een zeer klein aantal geestelijk gehandicapten meestal

in het belang van hun eigen veiligheid, nog onvrijwillig opgenomen moet worden, is het op dit moment niet mogelijk de desbetreffende bepalingen in het wetsontwerp niet van toepassing te laten zijn op geestelijk gehandicapten. Geheel afzonderlijke wetgeving terzake van de onvrijwillige opname van geestelijk gehandicapten acht de regering niet aangewezen, wel zal zij in een later stadium de wettelijke voorzieningen die van toepassing zijn op geestelijk gehandicapten afzonderlijk aanduiden.

Het is zaak dat geestelijk gehandicapten niet verward worden met geesteszieken.

Psychopathic disorder wordt gedefinieerd als 'a persistent disorder or disability of mind which results in abnormally aggressive or seriously irresponsible conduct on the part of the patient and requires or is susceptible to medical treatment'.

De regering heeft overwogen om deze diagnostische categorie geheel uit de wet te verwijderen. De mening der medici op dit moment is dat de meeste psychopaten in het algemeen weinig of geen baat hebben bij behandeling in een ziekenhuis en dat zij opgevangen behoren te worden in het kader van de strafrechtspleging, wanneer zij strafbare feiten plegen. Aangezien er enkele patiënten blijken te zijn, die toch geholpen kunnen worden binnen het gezondheidszorgsysteem, wordt deze categorie na rijp beraad niet geheel buiten het kader van de wet geplaatst.

In het wetsontwerp wordt de 'treatability test' ingevoerd voor alle patiënten bij de verlenging van hun onvrijwillige opname – 'whether treatment is likely to alleviate or prevent a deterioration in the patient's condition'.

Slechts bij personen lijdende aan mental illness en severe mental handicap kan toch verlenging plaatsvinden, ook wanneer de patiënt niet behandelbaar blijkt. De gezondheidszorgvoorzieningen hebben de taak voor deze personen te zorgen, indien zij – hoe onbehandelbaar ook – niet voor zichzelf kunnen zorgen of zich niet kunnen hoeden tegen ernstig misbruik.

Men kan uit de toelichting afleiden dat de geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen in de eerste plaats bedoeld zijn voor personen lijdende aan een geestesziekte of aan een ernstige vorm van zwakzinnigheid. Voor de overige categorieën geestelijk gestoorde kan in aanvulling en gedurende beperkte tijd zorg verleend worden.

(c) Onvrijwillige opnemingen in (psychiatrische) ziekenhuizen in Engeland en Wales

Wat betreft de procedures tot onvrijwillige opname laat het Europese Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden meer modellen toe, bij voorbeeld:

een procedure waarin de rechter gemengd wordt alvorens de patiënt wordt opgenomen, en

een procedure waarin de patiënt na opname zonder rechterlijke tussenkomst een beroep op de rechter kan doen om de rechtmatigheid van zijn vrijheidsberoving vast te stellen.

In artikel 5 van het Verdrag is bepaald, dat een ieder recht heeft op

persoonlijke vrijheid en veiligheid. Niemand mag van zijn vrijheid worden beroofd, behalve in de navolgende gevallen en langs wettelijke weg. Onder 5 *e* is vervolgens bepaald, dat vrijheidsberoving is toegestaan in geval van rechtmatige gevangenhouding van personen, die een besmettelijke ziekte zouden kunnen verspreiden, van geesteszieken, van verslaafden aan alcohol, of van verdovende middelen, of van landlopers. In artikel 5, lid 4, is tenslotte opgenomen dat een ieder, die door arrestatie of gevangenhouding van zijn vrijheid is beroofd, het recht heeft *voorziening* te vragen bij de rechter opdat deze op korte termijn beslist over de wettigheid van zijn gevangenhouding en zijn invrijheidstelling beveelt indien de gevangenhouding onrechtmatig is. Zoals uit het voorgaande moge blijken, is een rechterlijke tussenkomst voor opname van een patiënt, niet vereist. *Wel de mogelijkheid van een beroep op de rechter.*

Uit de Memorie van Toelichting bij het ontwerp van wet Krankzinnigenwet 1881 in Nederland blijkt, dat de vraag naar de verplichte rechterlijke tussenkomst bij een onvrijwillige opname reeds toen aan de orde is gesteld. Men vond dat in Nederland de plaatsing in een krankzinnigengesticht de tussenkomst van te veel personen vereiste. In Frankrijk was een aanvraag aan het bestuur van het gesticht voldoende evenals in Engeland. Ook in Zweden was de aanvraag aan het gestichtsbestuur voldoende. Wel behoefde men daar naast de verklaring van een geneeskundige ook een verklaring van een predikant. Plaatsing zonder rechterlijke tussenkomst achtte men in Nederland toch niet aan te bevelen, daar dit enerzijds tot misbruiken kan leiden en anderzijds tegenkanting zou vinden bij het publiek geweten.

In de aanbevelingen – van de committee of Experts on legal problems in the medical field van de Raad van Europa te Straatsburg – van oktober 1981 wordt onder meer opgemerkt: 'the medical profession might be involved either as *an authority deciding on placement* or as *an expert* for the judge or administrative body (b.v. burgemeester). When the decision is taken by a medical authority alone or an administrative body, the patient must be given the right to appeal against the decision to a court'.

In de Mental Health Act is het systeem opgenomen van de niet rechterlijke tussenkomst bij onvrijwillige opname. 'An application is sufficient authority for the managers of the hospital to detain the patient. A patient admitted to a hospital in pursuance of an application for admission for treatment may apply to a Mental Health Review Tribunal'.

Een application for admission is een aanvraag voor opname van een patiënt. Er is dus geen rechterlijke beslissing, welke de wettelijke grondslag voor de opname vormt. De aanvraag behoeft de onderbouwing door de schriftelijke aanbevelingen van twee geneeskundigen.

In 1979 bedroeg het totaal aantal opnames van psychiatrische patiënten en geestelijk gehandicapten in Engeland en Wales 180.613. Van dit aantal was 89,9% (162.379) van de opnames

vrijwillig (informal) en 10,1% (18.234) onvrijwillig (compulsory). Afgezien van de opnemingen van geestelijk gestoorden in het kader van de strafrechtspleging en de jeugdbescherming, kennen we in Nederland drie wijzen waarop een patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis kan worden opgenomen, namelijk vrijwillig, met inbewaringstelling en met rechterlijke machtiging.

De Mental Health Act kent de volgende vormen van onvrijwillige opneming:

1. artikel 29: admission for observation in case of emergency – opneming wordt toegestaan voor 3 dagen in geval van een noodsituatie.
2. artikel 25: admission for observation – patiënt mag 28 dagen worden vastgehouden ter observatie.
3. artikel 26: admission for treatment – op grond van dit artikel kan een patiënt voor langere tijd worden vastgehouden. De maatregel kan steeds verlengd worden.
4. artikel 30 geeft doctoren de mogelijkheid in een noodsituatie te voorkomen dat een vrijwillig opgenomen patiënt het ziekenhuis verlaat. Deze maatregel duurt maximaal 3 dagen.
5. artikel 136 geeft de politie de bevoegdheid om een op een openbare plaats aangetroffen waarschijnlijk geestelijk gestoorde persoon, die onmiddellijke zorg en toezicht behoeft, naar een ziekenhuis of een (andere) veilige plaats te brengen.
6. Op grond van artikel 60 kunnen geestelijk gestoorde delinquenten worden opgenomen in een ziekenhuis na een desbetreffend bevel van de strafrechter.
7. De artikelen 72 en 73 geven de minister van binnenlandse zaken (Home Secretary) de bevoegdheid gevangenen te doen overbrengen naar een ziekenhuis.

Op grond van een artikel van de Mental Health Act werden in 1979 in Engeland en Wales de volgende aantallen patiënten in een intramurale voorziening voor psychiatrische patiënten en geestelijk gehandicapten opgenomen:

- art. 25 – 6042
- art. 26 – 1172
- art. 29 – 8398
- art. 30 – 299
- art. 60 – 975
- art. 72 – 89
- art. 73 – 14
- art. 136 – 1623.

In het merendeel van deze artikelen worden in de Mental Health Amendment Bill enige wijzigingen aangebracht teneinde de werking van de wet te verbeteren en daardoor te verzekeren dat patiënten niet langer dan strikt noodzakelijk gedwongen opgenomen blijven.

Als de normale opnameprocedure was bedoeld art. 25 de opneming ter observatie, welke opname twee geneeskundige aanbevelingen vergt. De spoedopneming kent echter een minder formele procedure – één aanbeveling van een arts, die geen enkele specialistische

psychiatrische opleiding behoeft te hebben, is voldoende.

Het wetsontwerp omvat voorstellen om te verzekeren dat artikel 29 slechts in *echte* noodsituaties wordt gebruikt.

De opneming ter observatie wordt tegenwoordig vooral gebruikt als een maatregel voor kortdurende behandeling. De term 'assessment' wordt als meer gepast beschouwd dan 'observation', daar het gaat om het vaststellen van een diagnose en het opstellen van een behandelingsplan. Patiënten opgenomen onder artikel 25 zullen voortaan behandeld mogen worden tegen hun wil indien dat onder omstandigheden noodzakelijk is.

Patiënten opgenomen onder artikel 25 zullen in de toekomst in beroep kunnen gaan bij het Mental Health Review Tribunal, ter toetsing van de gronden van de onvrijwillige opneming.

De termijn waarvoor een patiënt ter behandeling ingevolge artikel 26 kan worden opgenomen, zal gehalveerd worden van een jaar tot zes maanden. Verlenging zal plaats kunnen hebben voor de gelijke periode en daarna telkens voor één jaar.

Deze halvering van de perioden waarvoor de onvrijwillige opneming is toegestaan, zal de patiënten de gelegenheid bieden frequenter in beroep te gaan bij het Mental Health Review Tribunal. Bij een verlenging zal steeds een belangrijke rol spelen de vraag of de patiënt naar alle waarschijnlijkheid verdere baat zal hebben bij de behandeling (treatability test).

Ten aanzien van de zorg voor geesteszieken en *ernstig* geestelijk gehandicapten zal de Nationale Gezondheidszorg in elk geval een verantwoordelijkheid hebben te dragen ook wanneer behandeling weinig of geen resultaten in het vooruitzicht kan stellen.

Een verlenging van de onvrijwillige opneming is in die gevallen toch mogelijk.

Artikel 30 op grond waarvan een vrijwillig opgenomen patiënt gedurende drie dagen verhinderd kan worden het ziekenhuis te verlaten, zal in de toekomst toegepast mogen worden door elke dokter verbonden aan het ziekenhuis die de behandelend arts van de patiënt vervangt.

Ook een geregistreerde mental nurse zal een patiënt 6 uur mogen vasthouden in het ziekenhuis tot een dokter aanwezig is (holding power).

De verpleegkundige moet van het gebruik van deze bevoegdheid schriftelijk verantwoording afleggen door aan te geven dat de patiënt naar zijn mening aan een geestelijke stoornis lijdt in die mate dat het nodig is in het belang van de patiënt of diens veiligheid dan wel ter bescherming van anderen om de patiënt te beletten het ziekenhuis te verlaten. Voorts moet worden beschreven waarom niet onmiddellijk de hulp van een dokter kon worden ingeroepen. De termijn van de bevoegdheid gaat direct in na de boekstaving. Het verpleegkundig rapport moet zo spoedig mogelijk aan de directie worden overhandigd.

(d) *Rechtswaarborgen voor patiënten en medewerkers*

1. *Mental Health Review Tribunal*. Zoals hiervoor aangeduid is in

Engeland en Wales de rechterlijke tussenkomst vóór de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis afgeschaft. Als rechtswaarborg tegen onterechte opneming of verlenging van het onvrijwillig verblijf in het ziekenhuis bestaat de mogelijkheid in beroep te gaan bij een Mental Health Review Tribunal.

De wettelijke grondslag voor de Tribunals wordt gegeven in artikel 3 van de wet en de bevoegdheden en procedures worden uitgewerkt in de artikelen 122 en 123 alsmede in de regeling van de Lord Chancellor ingevolge artikel 124.

Het tribunal kan enerzijds het ontslag van een patiënt bevelen en anderzijds de diagnostische categorie die op de patiënt van toepassing is wijzigen, welke laatste activiteit zowel onder de huidige wet als onder de toekomstige regeling rechtsgevolgen met zich kan brengen.

Een tribunal wordt samengesteld uit een of meer juridische en medische deskundigen alsmede uit personen, wier kennis en deskundigheid niet op het terrein van het recht of de geneeskunde ligt, maar bij voorbeeld op dat van het bestuur, het maatschappelijk werk etc.

Zoals uit het hiernavolgende overzicht blijkt zal de gelegenheid van patiënten in beroep te gaan bij een Mental Health Review Tribunal aanzienlijk worden vermeerderd.

Teneinde te bereiken dat ook patiënten die de vaardigheid of het initiatief missen om in beroep te gaan, de rechtswaarborg van een onafhankelijke beoordeling van hun opneming deelachtig worden, wordt het voorstel gedaan om een automatische herziening in te voeren na zeven maanden en voorts telkens na drie jaren.

De voorstellen zullen naar wordt geschat het aantal zittingen van het Tribunal doen toenemen van 904 in 1980 tot ongeveer 4.500 na invoering van het wetsontwerp.

In tegenstelling tot de regeling in de huidige wet, zullen minderjarigen onder 16 jaar het recht krijgen in beroep te gaan. Maken zij van dit recht geen gebruik dan zal een automatische herziening plaats moeten vinden na elke periode van een jaar en niet na 3 jaar zoals bij volwassenen. Het aantal jeugdige onvrijwillig opgenomen patiënten is zeer klein.

Een probleem waarvoor de Tribunals zich thans geplaatst zien is dat het bevelen van een ontslag bemoeilijkt wordt door het feit dat veelal geen genoegzame voorzieningen in de maatschappij voor de patiënt getroffen zijn. De afwezigheid van voldoende nazorg doet het Tribunal thans vaak afzien van ontslag. In het wetsontwerp wordt de Tribunals nu de bevoegdheid toegekend tot uitgesteld ontslag (*delayed discharge*) zodat de noodzakelijke voorzieningen kunnen worden getroffen binnen een bepaalde termijn.

2. *Mental Health Act Commission.* Tot de invoering van de Mental Health Act heeft er een toezichthoudend apparaat bestaan dat belast was met de bescherming van de belangen van psychiatrische patiënten. Dit apparaat (Board of Control) is ontbonden ingevolge artikel 2 van de wet.

Ingevolge de *Mental Health Scotland Act 1960* is de Board of

Control for Scotland eveneens ontbonden.

In tegenstelling tot de situatie in Engeland en Wales is in Schotland een nieuw lichaam gecreëerd genaamd de Mental Welfare Commission.

In artikel 2 van de Mental Health Scotland Act 1960 (welke wet enerzijds de ideeën van de Mental Health Act 1959 in Engeland en Wales volgt en anderzijds mede door het andere rechtssysteem in Schotland op principiële punten toch aanzienlijk afwijkt) lezen we: 'There shall be established a Commission to be called the Mental Welfare Commission for Scotland who shall perform the functions assigned to them by or under this Act'.

De voornaamste functie is het bieden van bescherming voor geestelijk gestoorde. Dit houdt tevens in de bevoegdheid onvrijwillig opgenomen patiënten te ontslaan. (In Engeland toegeedeeld aan de Mental Health Review Tribunals.)

Op drie wijzen moet de Mental Welfare Commissie haar functie vervullen:

a. door het onderzoeken van onregelmatigheden

Tabel 1: Rights of Application to the Mental Health Review Tribunal (MHRT)

	1959 Act	1959 Act as amended by Mental Health Bill
Month One	Admission under Section 25	Admission under Section 25 Right of application to MHRT in first 14 days
Month Two	Detention for one year under Section 26 Right of application to MHRT between months 2 and 7	Detention for 6 months under Section 26 Right of application to MHRT between months 2 and 7
Month Eight		Detention renewed for 6 months <i>Automatic</i> review if no review sought in months 2 to 7 Right of application to MHRT between months 8 and 13
Month Thirteen	Detention renewed for one year Right of application to MHRT between months 13 and 24	Detention renewed for one year Right of application to MHRT between months 13 and 24
Month Twenty-five	Detention renewed for two years Right of application to MHRT between months 25 and 48	Detention renewed for one year Right of application to MHRT between months 25 and 36
Month Thirty-seven		Detention renewed for one year Right of application to MHRT between months 37 and 48
Month Forty-four		<i>Automatic</i> review if no review sought since month 8

- b. door het bezoeken van patiënten
- c. door het opstellen van rapporten voor de desbetreffende instanties.

Drie soorten onregelmatigheden vereisen onderzoek, namelijk:

- a. slechte behandeling of tekort in zorg en behandeling
- b. onterechte vrijheidsbeneming
- c. verlies van of schade aan eigendommen.

Van de maximaal 9 leden van de commissie, moeten minstens drie medici zijn en één jurist. De qualificatie van de overige leden is niet wettelijk vastgelegd. Het wordt belangrijk geacht dat de niet medische leden in de meerderheid zijn in de commissie en de beleidsbeslissingen van de commissie bepalen.

Nog in haar nota van 1978 kwam de toenmalige Britse regering tot de conclusie – overwegend de mogelijkheden om naar het voorbeeld van Schotland Mental Welfare Commissies op te richten in Engeland en Wales – dat het in principe verkeerd was om voor psychiatrische patiënten een systeem in te voeren dat fundamenteel verschilde van dat voor andere (somatische) patiënten.

De huidige regering koestert een andere mening. Enerzijds is deze gefundeerd in de bijzondere positie waarin onvrijwillig opgenomen patiënten verkeren, namelijk in de onmogelijkheid om het ziekenhuis te verlaten, en anderzijds in de bevindingen van de Rampton Hospital Management Review Team, welke commissie de ernstige misstanden in het Special Hospital Rampton enige tijd geleden heeft onderzocht.

Het blijkt dat de feiten zelf hebben aangetoond dat het niet aangegeven is om uit ideologische overwegingen (non discriminatie) zonder een effectief inspectie-apparaat op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg te zijn. Talloze berichten over mishandeling, seksueel misbruik, erbarmelijke behuizing, kwalijk vermogens- en inkomensbeheer etc. van psychiatrische patiënten en geestelijk gehandicapten hebben in de afgelopen jaren de Engelse kranten bereikt.

Voorgesteld wordt thans om een special health authority in het leven te roepen 'the Mental Health Act Commission', welke commissie een algemeen beschermende taak moet uitvoeren ten behoeve van onvrijwillig opgenomen patiënten en waaraan bepaalde andere taken opgedragen kunnen worden door de staatssecretaris. De commissie zal weliswaar verantwoording verschuldigd zijn aan de staatssecretaris maar zal tegelijkertijd over een gegarandeerde onafhankelijke status beschikken.

De Mental Health Act Commission zal worden samengesteld uit juristen, medici, verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers en leken. Hun part-time activiteiten als commissielid zullen omvatten het bezoeken van ziekenhuizen waar patiënten onvrijwillig zijn opgenomen. Een of twee bezoeken per jaar aan elk van de 300 plaatselijke ziekenhuizen en psychiatrische verpleeghuizen in Engeland en Wales en ongeveer één bezoek per maand aan de vier Special Hospitals. Bij hun bezoeken zullen de leden patiënten ontmoeten, die hen wensen te spreken en zullen zij zich

ervan vergewissen dat de medewerkers de patiënten behulpzaam zijn bij het leren kennen van hun rechtspositie. Zij zullen de opname- en verlengingsgegevens in de dossiers controleren evenals de behandeldossiers. Ook zullen zij zich ervan vergewissen dat klachten van patiënten genoegzaam behandeld worden.

Het is niet de bedoeling dat de commissie treedt in de bevoegdheden van de Tribunals en beoordeelt of de patiënt nog langer onvrijwillig opgenomen behoort te zijn. Wel zal de commissie aandacht besteden aan het gebruik van de bevoegdheid tot spoedopneming (art. 29), welke buiten het bereik van het Tribunal ligt.

Een zeer belangrijke taak krijgt de commissie in het controleren van de bevoegdheid om onder bepaalde waarborgen onvrijwillig opgenomen patiënten tegen hun wens te behandelen. De commissie zal moeten verzekeren dat de medewerkers deze waarborgen verstaan en dat zij deze in acht nemen.

De commissie zal niet treden in de taken van de Health Advisory Service en de Development Team for the Mentally Handicapped die een meer algemene kwaliteitstoetsing verrichten in geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen.

De naam Mental Health Act Commission is speciaal gekozen om uit te doen komen dat de verantwoordelijkheid van de commissie is dat patiënten volledig profiteren van de rechtswaarborgen, die de gewijzigde wet zal bieden.

3. *Dwangbehandeling.* Het vraagstuk van de toestemming tot de behandeling is op dit moment een van de belangrijkste en ingewikkeldste problemen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

De discussie hieromtrent heeft zich vooral beziggehouden met de vraag of en in hoeverre de medewerkers van een ziekenhuis de bevoegdheid moeten krijgen om een behandeling op te leggen aan een onvrijwillig opgenomen patiënt.

De Britse regering gaat ervan uit dat dwangopneming ten nauwste gerelateerd moet worden aan de te verwachten resultaten van een behandeling. Er zal een evenwicht moeten worden gevonden tussen het beschermen van de rechten van de patiënt enerzijds en het verschaffen van de behandeling, die de patiënt behoeft, anderzijds. Dit evenwicht is verschillend al naar gelang de behandeling waarom het gaat.

Het wetsontwerp onderscheidt derhalve drie soorten behandeling van een geestelijke stoornis:

(a) behandelingen, die reden geven tot bijzondere bezorgdheid. Deze mogen slechts gegeven worden met de instemming van de patiënt en met het accoord van een de patiënt niet behandelend medicus.

(b) andere behandelingen voorgeschreven door de voor de behandeling verantwoordelijke medicus, die geen aanleiding geven tot bijzondere bezorgdheid, kunnen worden voltrokken zonder de instemming van de patiënt met het accoord van een niet behandelend medicus.

(c) behandelingen (inclusief somatische en verpleegkundige zorg)

die vallen binnen de definitie van medische behandeling in de wet maar niet behoren tot de behandelingen vermeld onder a of b, kunnen gegeven worden zonder de instemming van de patiënt onder leiding van de behandelend medicus.

Speciale voorwaarden worden aangegeven voor de behandeling van patiënten in noodsituaties.

Ten aanzien van de eerste groep behandelingen behoeven de onvrijwillig opgenomen patiënten de meeste bescherming, aangezien het hierbij gaat om behandelingen, die gevaarlijk, onomkeerbaar of niet volledig geaccepteerd zijn.

In deze gevallen is zowel de instemming van de patiënt als een oordeel van een onafhankelijk medicus vereist.

De tweede groep betreft behandelingen (bv. medicamenteuze, electroshock), die niet tot de eerste groep kunnen worden gerekend. Zo'n behandeling mag zonder de toestemming van de patiënt gegeven worden mits een onafhankelijk medicus met de behandeling accoord gaat.

Een dergelijk accoord is eveneens vereist indien een patiënt niet in staat is zijn instemming met de behandeling te geven.

De derde groep omvat alle andere behandelingen ter zake van geestelijke stoornis. Medische behandeling in de Mental Health Act heeft een brede betekenis en omvat verpleging, verzorging, resocialisatie, alles onder medisch toezicht. Het wetsontwerp gaat ervan uit dat deze behandelingen aan een onvrijwillig opgenomen patiënt zonder diens toestemming mogen worden gegeven, alhoewel het in de praktijk onmogelijk is om vele therapieën toe te passen zonder dat de patiënt zijn medewerking daartoe verleent.

Op het terrein van de toestemming tot de behandeling zal de commissie twee belangrijke taken te vervullen krijgen:

In de eerste plaats zal zij moeten bezien welke behandelingen reden geven tot bijzondere bezorgdheid. Sommige daarvan zullen in regelingen worden neergelegd en andere worden opgenomen in een boek met richtlijnen voor de praktijk. Deze richtlijnen zullen niet zozeer directe rechtskracht bezitten, maar een advies zijn voor medici hoe zij hun behandeling moeten opzetten. Dit boek zal door de commissie na uitgebreid advies te hebben ingewonnen worden opgezet en zal steeds aangepast kunnen worden aan de ontwikkelingen in de praktijk. Gedacht wordt hierbij aan electroshockbehandeling, langwerkende medicatie en gedragstherapieën.

In de tweede plaats zal de commissie tot taak krijgen onafhankelijke medici te benoemen, wier accoord met bepaalde behandelingen zal moeten worden verkregen. Ook de psychiaters van de commissie zelf zullen deze taak kunnen vervullen. De commissie zal aldus een aanzienlijke deskundigheid kunnen opbouwen ter zake van de behandeling en verzorging van onvrijwillig opgenomen patiënten en inzonderheid ter zake van het onderwerp toestemming tot de behandeling.

Samenvattend kan worden opgemerkt dat de Mental Health Act Commission namens de staatssecretaris een belangrijke taak zal vervullen op het gebied van de toestemming tot de behandeling en

voorts een meer algemene beschermende functie vervullen ten behoeve van onvrijwillig opgenomen patiënten. Ook zal het een forum zijn voor inter-disciplinaire discussie over onderwerpen die betrekking hebben op het recht en de ethiek aangaande de behandeling van onvrijwillig opgenomen patiënten.

Consent to treatment: The proposals in the Bill

(a) Treatments which give rise to special concern

i. Listed in regulations.

Must have patients consent and agreement of independent doctor

ii. Listed in Code of Practice

Advised to have patient's consent and agreement of independent doctor

(d) Emergency Treatments in (a), (b) or (c) can be given without patient's consent subject to limitations on irreversible or hazardous treatments.

(b) Medication, surgery and ECT not included in (a) can treat without patient's consent if independent doctor agrees

(c) Other forms of treatment not included in (a) or (b) can treat without patient's consent

4. *Andere waarborgen.* In het wetsontwerp zullen de omstandigheden waaronder binnenkomende en uitgaande post kan worden tegengehouden aanzienlijk worden beperkt en het doorlezen van de post van vrijwillig opgenomen patiënten zal geheel moeten verdwijnen. Uitgaande post van een onvrijwillig opgenomen patiënt mag alleen worden tegengehouden als de ontvanger van de post hierom gevraagd heeft. Binnenkomende post zal niet geopend of teruggehouden worden behalve in de Special Hospitals waar bijzondere regelingen nodig zijn uit een oogpunt van veiligheid. Post kan daar worden tegengehouden indien dat van belang is voor de veiligheid van de patiënt of de bescherming van derden. Indien de post van een patiënt wordt tegengehouden moet hij daarover binnen 24 uur geïnformeerd worden en zal hij zijn bedenkingen daartegen kunnen inbrengen bij de leiding van het ziekenhuis. Een van de grootste problemen van de wet van 1959 is geweest de onzekerheid omtrent de betekenis van een aantal daarin opgenomen wettelijke voorzieningen. De vooromschreven voorstellen zullen voor alle medewerkers en patiënten een hulp betekenen.

(e) *Ondertoezichtstelling (guardianship)*

Een zeer klein aantal geestelijk gestoorde personen, die niet hetzij vrijwillig hetzij onvrijwillig behoeven te worden opgenomen, hebben toch enig toezicht nodig in de maatschappij. Het gaat hierbij om mensen die nalaten regelmatig hun medicijnen in te nemen en om hen, die zich zo ernstig verwaarlozen dat hun gezondheid in gevaar komt. Artikel 33 van de wet verschaft de bevoegdheid tot het ondertoezichtstellen van dergelijke patiënten. Dat het gebruik van deze maatregel zeer weinig voorkomt blijkt uit het feit dat op 31

maart 1978 37 psychiatrische patiënten en 101 geestelijk gehandicapten onder toezicht gesteld waren.

De toezichthouder beschikt thans over de bevoegdheden ten aanzien van de ondertoezichtgestelde patiënt, welke een vader heeft over zijn kind dat de leeftijd van 14 jaar nog niet bereikt heeft. De maatregel heeft een paternalistisch karakter. Aangezien dit niet meer geheel van deze tijd werd geoordeeld, is overwogen de bevoegdheden van de toezichthouder te beperken tot een aantal essentiële bevoegdheden (the essential powers-approach).

In het wetsontwerp wordt voorgesteld dat de toezichthouder voortaan over de volgende essentieel geachte bevoegdheden zal beschikken:

- a. de bevoegdheid om de woonplaats van de ondertoezichtgestelde vast te stellen;
- b. de bevoegdheid om de ondertoezichtgestelde bepaalde plaatsen te doen bezoeken voor medische behandeling, werk of opleiding;
- c. de bevoegdheid te verzekeren dat een medicus, maatschappelijk werker of andere persoon door de toezichthouder aangewezen de patiënt in diens huis kan bezoeken.

Patiënten onder 16 jaar zullen niet meer onder toezicht gesteld kunnen worden.

Ondertoezichtstelling zal in het belang van het welzijn van de patiënt of in dat van de bescherming van derden moeten zijn. De maatregel zal in eerste instantie een duur hebben van zes maanden met een verlenging van eveneens zes maanden waarna verlenging voor een tijd van telkens een jaar mogelijk is. De mogelijkheden voor de patiënt om bij het Mental Health Review Tribunal in beroep te gaan zullen door de verkorting van de duur van de maatregel, worden uitgebreid.

De verandering van de bevoegdheden van de toezichthouder brengt met zich dat deze niet namens de patiënt kan toestemmen tot een behandeling. De maatregelen inzake dwangbehandeling opgenomen in het wetsontwerp gelden niet voor ondertoezichtgestelde patiënten. Zij zijn in dit opzicht in dezelfde positie als vrijwillig opgenomen patiënten.

De ondertoezichtstelling moet naar mijn oordeel meer gezien worden als een steunmaatregel dan als een dwangmaatregel.

(f) Psychiatrisch gestoorde delinquenten.

In hoofdstuk V van de Mental Health Act zijn de wettelijke bepalingen opgenomen op grond waarvan de strafrechter kan bevelen dat een delinquent, die aan een geestelijke stoornis lijdt, in een (psychiatrisch) ziekenhuis wordt opgenomen. Voorts de bepalingen, die de overbrenging van een gedetineerde naar een (psychiatrisch) ziekenhuis mogelijk maken.

In deze gevallen kunnen ter bescherming van het publiek restricties worden opgelegd hetgeen betekent dat de patiënt slechts met de goedkeuring van de minister van binnenlandse zaken uit het ziekenhuis kan worden ontslagen. Dergelijke patiënten worden vrijwel uitsluitend in de Special Hospitals opgenomen, omdat de regio-

nale psychiatrische ziekenhuizen door hun open karakter onvoldoende in staat zijn beveiliging voor de maatschappij te bieden. De wetswijzigingen voorgesteld voor de patiënten die vallen onder hoofdstuk IV van de wet, (de civielrechtelijke patiënten) zullen grotendeels ook van toepassing zijn op de geestelijk gestoorde delinquenten. Psychisch gestoorde delinquenten op wie geen bijzondere restricties van toepassing zijn, zullen op gelijke voet als de civielrechtelijke patiënten voordeel hebben van wijzigingen zoals kortere perioden van onvrijwillige opneming, frequentere toegang tot de Tribunals, de treatability test bij verlenging van de opneming, de algehele bescherming die de Mental Health Act Commission zal bieden. Deze commissie zal evenwel dezelfde waarborgen bieden voor 'restricted' als voor 'unrestricted' patiënten.

In plaats van op grond van de huidige formulering 'noodzakelijk voor de beveiliging van het publiek' zullen in de toekomst restricties nog slechts kunnen worden opgelegd wanneer deze nodig zijn om het publiek tegen ernstig gevaar te beschermen. In het wetsontwerp wordt ook voorgesteld om voorlopige hechtenis gedurende maximaal 3 maanden ten uitvoer te kunnen leggen in een ziekenhuis zodat de patiënt daar kan worden onderzocht en behandeld. Voor onderzoek is deze opneming (remand for medical report) mogelijk wanneer een verdachte geacht wordt te lijden aan één van de vier categorieën van geestelijke stoornis. Voor behandeling is deze opneming (remand for treatment) slechts mogelijk wanneer een verdachte lijdt aan een geestesziekte of aan een vorm van diepe zwakzinnigheid.

Een bevel tot voorlopige opneming (van 3 tot 6 maanden) zal worden ingevoerd, welke maatregel de strafrechter en het ziekenhuis in staat moet stellen er achter te komen of een definitief bevel tot opneming de juiste weg is voor de strafrechter om te reageren op het strafbare feit en om de veroordeelde te doen opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis. De voorlopige maatregel zal de medewerkers van het ziekenhuis de gelegenheid geven na te gaan of de patiënt naar alle waarschijnlijkheid baat zal hebben van een behandeling.

Het is in dit verband goed te beseffen dat het Engelse strafrechtstelsel van een andere dogmatiek uitgaat dan het onze. Wanneer aan een verdachte een strafbaar feit niet kan worden toegerekend wegens een ziekelijke stoornis of gebrekkige ontwikkeling der geestvermogens, zal deze niet gestraft mogen worden bij ons. De rechter zal dan wel een maatregel kunnen opleggen.

In Engeland staat niet de vraag naar de toerekenbaarheid centraal, maar de vraag of het doelmatig is de patiënt te doen opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis (the most suitable method of disposing of the case by means of an order under this section 60 of the Mental Health Act).

In het wetsontwerp wordt gesteld dat een ziekenhuisopneming van een veroordeelde psychiatrische patiënt eigenlijk pas doelmatig is wanneer deze naar alle waarschijnlijkheid baat zal hebben van een behandeling (liklyhood to benefit from treatment).

(g) *De invoering van de in het wetsontwerp voorgestelde wijzigingen*
Het laatste hoofdstuk van de toelichting op het wetsontwerp is gewijd aan de maatregelen, die nodig zijn om de wijzigingen in te voeren.

Hoewel de wijzigingen de structuur van de wet in wezen onaange- tast laten, zullen deze toch een belangrijke bijdrage leveren aan de verbetering van het toezicht op, de behandeling van en de zorg voor patiënten. Als belangrijke toevoeging aan de structuur van de wet moet de Mental Health Act Commission gelden. De wijzigingen zullen met zich brengen nieuwe regelingen, nieuwe procedures, nieuwe richtlijnen en het ter beschikking stellen van extra man- kracht en geld. Berekend is dat de toeneming van het aantal zitting- en van de Mental Health Tribunals £ 1.7 miljoen per jaar extra zal gaan kosten. De kosten voor de National Health Service wat betreft extra voorzieningen voor onderzoek en behandeling zullen £ 3.7 miljoen bedragen en voor de Mental Health Act Commission onge- veer £ 0.7 miljoen. De administratieve ondersteuning van de Men- tal Health Review Tribunals zal met 15 personen uitgebreid moeten worden en de Special Hospitals zullen een uitbreiding van 6 perso- nen krijgen. Het ondersteunend personeel van de Mental Health Act Commission zal 14 personen gaan bedragen. De Britse rege- ring hoopt dat na aanvaarding door het Parlement de wet in de zomer van 1982 de Koninklijke goedkeuring zal kunnen krijgen. Spoedig daarna is de regering van plan een wetsontwerp in te dienen, waarin de wijzigingen zijn opgenomen (Consolidated Bill). Bij deze gelegenheid zullen de wettelijke voorzieningen die van toepassing zijn op geestelijk gehandicapten afgezonderd worden. Terwijl de Consolidated Bill wordt opgesteld, zal gewerkt worden aan ondergeschikte regelingen en het opzetten van de Mental Health Act Commission. De invoering van de meeste wijzigingen zal plaats moeten vinden op 30 september 1983.

Kritiek op het wetsontwerp

De Vaste Commissie voor dit wetsontwerp van de House of Com- mons heeft schriftelijk commentaar ontvangen op het wetsvoor- stel. In de Sunday Observer van 18 april 1982 viel te lezen dat onder meer de Royal College of Psychiatrists, the Institute of Psychiatry en the British Medical Association zich krachtig verzetten tegen het voorstel onvrijwillig opgenomen patiënten het recht te geven medi- catie te weigeren, die voorgeschreven is door een psychiater zonder dat hierover het oordeel van een onafhankelijk medicus is ingewon- nen.

Clausule 38 zal voor de Commissie naar alle waarschijnlijkheid het meest controversiële onderwerp van het wetsontwerp vormen. Deze clausule luidt:

'Clause 38 provides for those detained for treatment to be treated for their mental disorder without their consent provided that a concurring second opinion is given by a doctor appointed by the Secretary of State. It also provides for the Secretary of State to

specify in regulations treatments which cannot be given without both the patient's consent and a concurring second opinion from a doctor appointed by the Secretary of State'.

Mind (National Association of Mental Health) beschouwt dit artikel als een knooppunt in de strijd voor de verbetering van de rechten van de patiënt. Enerzijds erkent men dat van het gebruik van medicatie patiënten baat hebben gehad, maar tegelijkertijd wijst men erop dat de medische literatuur uitwijst dat psychofarmaca in buitensporige mate worden gebruikt en dat langdurig gebruik tegengestelde effecten en soms onherstelbare schade oplevert.

De medische professie heeft zowel praktische als principiële bezwaren. In een veel te groot aantal beslissingen zou een onafhankelijk oordeel moeten worden ingewonnen, hetgeen in de praktijk ondoenlijk is. Het principiële bezwaar is dat patiënten onbehandeld zouden blijven, hetgeen niet de bedoeling van de wetgeving kan zijn. Dokters zouden patiënten gaan ontslaan omdat zij hen niet zo kunnen behandelen als zij juist achten.

Een ander onderwerp van kritiek is de bevoegdheid van patiënten, die ter observatie worden opgenomen voor maximaal 28 dagen, om in beroep te gaan bij het Mental Health Review Tribunal. Het zou weinig zin hebben om personen, die slechts voor een korte periode worden opgenomen, een dergelijk recht te geven.

In de pers is tevens opmerkelijk gemaakt op het feit dat zogenaamd vrijwillig opgenomen patiënten vooralsnog de aandacht en rechtswaarborgen zullen ontberen, die de onvrijwillig opgenomen patiënten thans deelachtig zullen worden.

Samenvatting

De Mental Health Act 1959 in Engeland en Wales is tot stand gekomen in een periode, waarin de verwachtingen van de psychiatrische behandeling zeer hoog gestemd waren. In het bijzonder gold dit de behandeling van zeer ernstig geestelijk gestoorde patiënten met medicatie. Men had zelfs de verwachting dat de resultaten zodanig zouden zijn dat de psychiatrische ziekenhuizen volledig gesloten zouden kunnen worden en dat met de behandeling van deze patiënten in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen volstaan zou kunnen worden. Het onderscheid tussen psychiatrische patiënten en somatische patiënten qua (rechts-)positie zou in deze gedachte overbodig zijn, waaruit het streven is voortgekomen om zo min mogelijk patiënten onvrijwillig op te nemen en om de medisch/psychiatrische professie die nu immers over effectieve en humaan verantwoorde behandelingsmethodieken beschikte, grote zeggenschap te geven over patiënten. De rechterlijke tussenkomst bij onvrijwillige opneming is zelfs afgeschaft evenals het Inspectieapparaat. Psychiatrische patiënten en somatische patiënten zouden zoveel mogelijk in dezelfde positie moeten verkeren. De invoering van de geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen in de National Health Service en het gebruik van het woord hospital ook wanneer men mental hospital bedoeld zijn in dit

verband van belang.

Ondanks het feit dat de hooggestemde verwachtingen van de psychiatrie op de Britse eilanden niet geheel uitgekomen zijn, is de regering niet ontevreden en meent zij dat de Mental Health Act 1959 een evenwichtig systeem voor de bescherming en regulering van de kleine minderheid van onvrijwillig op te nemen patiënten heeft opgeleverd. Het thans ingediende ontwerp van wet moet gezien worden als een poging van de regering de rechtswaarborgen van de onvrijwillig opgenomen patiënten verder te verbeteren, de positie van de medewerkers te verduidelijken en de onzekerheden van de Mental Health Act 1959 te verwijderen.

De zorg voor geestelijk gestoorden en gehandicapten zullen hoge prioriteit blijven krijgen. Het wetsontwerp heeft op deze zorg geen betrekking, maar handelt over de (rechts-)positie van die patiënten, die bijzondere bescherming en regulering behoeven door middel van de wet.

De verbetering van de rechtspositie van de onvrijwillig opgenomen patiënten zal bestaan in een halvering van de perioden van onvrijwillige opneming, de toeneming van het aantal mogelijkheden in beroep te gaan bij het Mental Health Review Tribunal, de regeling rond de toestemming tot de behandeling, de treatability test met betrekking tot een verlenging van het onvrijwillig verblijf in het ziekenhuis voor bepaalde categorieën patiënten, het toezicht op de kwaliteit van zorg en het onvrijwillig verblijf van patiënten in ziekenhuizen door de op te richten Mental Health Act Commission.

De afwezigheid van een toezichthoudend apparaat op de zorg voor de geestelijk gestoorden is een van de onderwerpen terzake waarvan de hooggestemde verwachtingen van de regering in 1959 gelogenstraft zijn. De zeer ernstige feiten van wanbeheer en wanbeleid onder meer neergelegd in het rapport van de Rampton Special Hospital Review Team nopen de regering tot herinvoering van een modern Inspectieapparaat naar het voorbeeld van de Schotse Mental Welfare Commission.

Mental Health Legislation is een gecompliceerd stuk wetgeving en de Mental Health Act – zeker na de invoering van de thans voorgestelde wijzigingen – vormt daarop geen uitzondering. Dit neemt niet weg dat opgemerkt moet worden dat de Mental Health Act een voorbeeld blijft qua systematiek, innerlijke consistentie en overzichtelijkheid. De Britse regering komt lof toe wat betreft haar visie en consequente planning van de doorvoering daarvan.

Wellicht wordt een en ander mede bevorderd door het feit dat tussen de Conservatieven en Labour niet zulke grote verschillen van inzicht bestaan omtrent deze materie, zodat resultaten van het thans op gang zijnde wetgevingsproces in elk geval te verwachten zijn.

Literatuur

Lekkerkerker, E. C. (1960) Nieuwe Mental Health Act in Engeland, *Maandblad*

voor de Geestelijke Volksgezondheid 15, 9, blz. 287 t/m 300.

A review of the Mental Health Act 1959 (1976) Department of Health and Social Security London. *Her Majesty's Stationery Office* (Consultation Paper).

The Review of Mental Health Act 1959 (1978), Department of Health and Social Security London. *Her Majesty's Stationery Office* (Government's White Paper).

Gostin, Larry o (1978). The Mental Health Act 1959. Is it fair? *Special Report published by Mind* (National Association for Mental Health) London.

Mental Health (Scotland) Act 1960. *Her Majesty's Stationery Office*.

Reform of Mental Health Legislation Mental Health (Amendment) Bill (1981) London. *Her Majesty's Stationery Office*. November.

Collin, Henry R. (1969), *The Mentally Abnormal Offender and the Law* Blz. 1 t/m 12 The conception and birth of the Mental Health Act 1959. Pergamon press Oxford.

Walker, Nigel and Sarah McCabe (1973). *Crime and Insanity in England*, Blz. 58 t/m 81. The origins of the 1959 Act. Edinburgh University Press, Edinburgh.