

## BOPZ, WGBO of naar een nieuwe dwangbehandelingswet?

### Een geval van dwangbehandeling bij wilsonbekwaamheid

A.J.K. HONDIUS, J.R. VAN VELDHUIZEN

**SAMENVATTING** Dwangbehandeling kan volgens de huidige wetgeving worden toegepast om óf ernstig gevaar voortvloeiend uit een geestesstoornis (via de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, BOPZ) óf ernstig nadeel voor de gezondheid (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, WGBO) af te wenden. Deze beide wetten sluiten onvoldoende op elkaar aan. Deze gevalsbeschrijving gaat over een (via de BOPZ) gedwongen opgenomen vrouw die wilsonbekwaam is ten aanzien van de behandeling van haar psychiatrische stoornis. Zij krijgt een dwangbehandeling na toestemming van haar wettelijke vertegenwoordiger (via de WGBO). Het gekozen wettelijk kader wordt besproken. De gekozen oplossing is volgens sommigen een onbegaanbaar pad, terwijl wij deze route beleven als een onwenselijke 'sluiproute'. Wij pleiten voor een betere aansluiting van wetten of nieuwe wetgeving.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 9, 569-573]

**TREFWOORDEN** BOPZ, dwangbehandeling, WGBO, wilsonbekwaamheid

Bij dwangbehandeling is het in de praktijk niet altijd duidelijk welk wettelijk kader past. De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ, uit 1994) en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, uit 1995) blijken niet voldoende op elkaar aan te sluiten en zijn voor de clinicus op sommige onderdelen onvoldoende helder uitgewerkt. Bijvoorbeeld bij de dwangbehandeling van psychiatrische stoornissen waarop de BOPZ niet van toepassing is. In deze casus wordt beschreven welk wettelijk kader kan worden gehanteerd (BOPZ en/of WGBO) om tóch de noodzakelijke dwangbehandeling te kunnen toepassen. Hierbij spelen de begrippen 'wilsonbekwaamheid' en 'de (wettelijke) vertegenwoordiger' een belangrijke rol. Wilsonbekwaamheid is een dermate complex begrip, dat in dit artikel volstaan wordt met een globale definiëring.

#### GEVALSBESCHRIJVING<sup>1</sup>

Een 45-jarige patiënte wordt opgenomen met een paranoïde psychose op een psychiatrische afdeling via een inbewaringstelling, later omgezet in een rechterlijke machtiging. De aanleiding is dat zij keer op keer vanuit haar paranoïde waan een buurman en anderen ernstig bedreigt. Het acute gevaar wordt weliswaar door de opname afgewend, maar zij blijft antipsychotische medicatie weigeren, ondanks alle pogingen om het nut daarvan uit te leggen. Zij vertrouwt de medicijnen en de motieven van de gevers niet, er zijn volgens haar diverse complotten. Binnen de afdeling veroorzaakt zij vanuit haar psychose onvoldoende gevaar om haar onder dwang te behandelen, maar gezien haar uitlatingen kan er geen sprake zijn van een terugkeer naar huis: dat

zou gevaar opleveren voor haar buurman.

Tijdens de opname blijkt zij een hypofyse-tumor te hebben die neurochirurgisch behandeld kan en moet worden. Zij ziet dit – wederom vanuit haar paranoïde psychose – heel anders en weigert behandeling. Haar redenatie hierbij getuigt van wilsonbekwaamheid: ondanks diverse pogingen tot uitleg in zoveel mogelijk op haar toegesneden taalgebruik, geeft zij er op geen enkele wijze blij van dat zij de diagnose snapt en dat zij ook maar enigszins in staat is een oordeel te geven over de voorgestelde behandeling. Zij blijft vanuit haar achterdocht de informatieverstrekkers (de psychiater en een haar vertrouwde verpleegkundige) allerlei agressieve motieven toedichten en wordt bij verder aandringen boos. Een *second opinion* door een andere psychiater levert een zelfde oordeel op ten aanzien van de wilsonbekwaamheid. Mevrouw wordt uiteindelijk wilsonbekwaam verklaard met betrekking tot haar somatische conditie. Haar echtgenoot is bereid om haar belangen te behartigen en wordt door de kantonrechter als mentor benoemd op grond van de Wet mentorschap (uit 1995). De echtgenoot gaat na uitleg akkoord met de geplande neurochirurgische ingreep. Mevrouw verzet zich wel in woorden maar niet in gedrag en er volgt een succesvolle operatie. Vervolgens moet zij hormonale substitutie krijgen, die zij wederom door psychotische gronden weigert. Ook hierbij kan haar echtgenoot zich in de voorgestelde behandeling vinden, en zij krijgt vervolgens deze substitutie onder dwang in het kader van de WGBO, ter afwending van ernstig nadeel voor haar somatische gezondheid.

Op de afdeling veroorzaakt haar psychose nog steeds te weinig gevaar om dwangbehandeling in het kader van de BOPZ te legitimeren. Zij ontwikkelt echter een depressief toestandbeeld met een dreigende gevaarlijk nadelige uitkomst voor haarzelf: zij wil nauwelijks meer eten. Een antidepressivum is geïndiceerd, doch dit weigert zij, zoals gebruikelijk. Daarom wordt wederom met haar wettelijke vertegenwoordiger – haar echtgenoot – overlegd en neemt zij, na diens goed-

keuring, onder protest en dus onder dwang het antidepressivum. Na enkele dagen wil zij de antidepressieve medicatie zelf innemen en begint weer met eten. De depressie klaart wat op. Omdat de opname echter steeds uitzichtlozer wordt, wordt besloten om haar psychose op een soortgelijke wijze binnen het kader van de WGBO te behandelen en daarmee ernstig nadeel voor haar psychische gezondheid af te wenden. De mentor stemt in met dwangbehandeling met een antipsychoticum (WGBO bij wilsonbekwaamheid ter zake van de behandeling met een antipsychoticum). Mevrouw verzet zich in woorden, maar niet in gedrag. Zij krijgt door de medicatie meer controle over haar psychose en kan met enige psychotische restverschijnselen bij haar man, en dus in de buurt van haar buurman, gaan wonen zonder dat de problemen van weleer zich weer voordoen.

## BESPREKING

### *Toepassing van dwangbehandeling volgens de BOPZ*

Bij deze patiënte is de BOPZ toegepast om haar gedwongen op te nemen, waardoor het acute gevaar, veroorzaakt door de psychiatrische stoornis, werd afgewend. Er was echter onvoldoende ernstig gevaar om haar psychiatrische stoornis – waarop de BOPZ van toepassing was (paranoïde psychose) – onder dwang te behandelen.

Als binnenkort het woord ‘ernstig’ uit de wet geschrapt wordt, lijkt daarmee de weg open om dwangbehandeling van haar psychose wel via de BOPZ (art.38, lid 5) te laten plaatsvinden. Het gevaar is dan in BOPZ-termen te omschrijven als ‘het maatschappelijk teloorgaan door een uitzichtloos verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis’ en ‘het ernstig verwaarlozen van zichzelf, waaronder verwaarlozing van ernstige lichamelijke ziektes’. Door behandeling van de psychiatrische stoornis wordt dit gevaar dan afgewend. Ook kan het gevaar, dat vooraf ging aan de opname of te voorspellen is bij ontslag uit de instelling, een argument vormen voor toepassing van dwangbehandeling.

Een extra zorgvuldig traject zou kunnen ontstaan wanneer de behandelaar zijn voornemen om tot dwangbehandeling over te gaan kenbaar maakt aan de patiënt (en haar raadsman) om hen in staat te stellen dat voornemen te laten toetsen door een klachtencommissie en een rechter (Kats e.a. 2003).

#### Toepassing van dwangbehandeling volgens de WGBO

**Somatische dwangbehandeling** De WGBO (Burgerlijk Wetboek, boek 7) is toegepast om dwangbehandeling te geven voor een ernstige somatische ziekte die, indien onbehandeld, patiënte ernstig nadeel voor haar somatische gezondheid zou opleveren. Zij stemde niet in met een voorgesteld behandelplan ondanks goede informatie en gebrek aan alternatieven. Er was dus geen *informed consent* (art. 448; art. 450, lid 1). Zij werd wilsonbekwaam verklaard ter zake van de ziekte (hypofysetumor) en de behandeling daarvan (operatie en hormonale substitutie) en haar wettelijke vertegenwoordiger stemde toe in het behandelplan (art. 450, lid 3; art. 465, lid 3).

**Psychiatrische dwangbehandeling** De WGBO is ook toegepast voor de dwangbehandeling van haar psychiatrische stoornissen: zowel haar depressie als haar paranoïde psychose werden behandeld onder dwang. Er is dus gekozen om uit te gaan van ernstig nadeel (WGBO) voor de (psychische) gezondheid en niet van ernstig gevaar (BOPZ). Wat de primaire stoornis (paranoïde psychose) betreft, had het beslist ook onze voorkeur een dwangbehandeling volgens de BOPZ toe te passen. Wat de comorbide psychiatrische stoornis (depressie) betreft, lijkt (dwang)behandeling volgens de WGBO juridisch verdedigbaar, al is de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2002) niet die mening toegedaan. Er is ons geen jurisprudentie bekend over een (on)mogelijkheid van dwangbehandeling van een comorbide stoornis (depressie) via de BOPZ.

In deze casus werd een zelfde beleidslijn (WGBO art. 448, 450 en 465) gevolgd als bij de somatische dwangbehandeling: (1) geen infor-

med consent ten aanzien van het behandelplan; (2) ondanks goede voorlichting en gebrek aan alternatieven; (3) wilsonbekwaam ter zake van de behandeling van haar psychiatrische stoornissen; (4) instemming van de wettelijke vertegenwoordiger met het behandelplan; (5) dwangbehandeling met als doel het afwenden van ernstig nadeel voor haar psychische gezondheid; (6) wel verzet in woorden, maar niet in gedrag. Deze toepassing van de WGBO vraagt wel om verdere jurisprudentie, ook om het begrip 'ernstig nadeel' beter af te bakenen.

Inmiddels is door de Inspectie voor de Gezondheidszorg gesteld dat dwangbehandeling in het kader van de WGBO (art. 465, lid 6) alleen mogelijk is als het gaat om een somatische dwangbehandeling (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2002).

#### Rol van wilsonbekwaamheid

In dit artikel wordt volstaan met de definitie dat iemand als wilsonbekwaam wordt beschouwd 'als hij niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake' (WGBO art. 450, lid 3; art. 465, lid 3; BOPZ art. 38, lid 2). Hierbij kan het gaan om een tijdelijke of permanente, én om een gehele of gedeeltelijke wilsonbekwaamheid.

Bij toepassing van dwangbehandeling volgens de BOPZ speelt wilsonbekwaamheid feitelijk geen rol. Bij behandeling volgens art. 38, slechts bedoeld ter afwijking van (ernstig) gevaar ten gevolge van een psychiatrische stoornis, maakt het immers niet uit of iemand wel of niet wilsbekwaam is.

Ook bij acute levensbedreigende situaties speelt wilsbekwaamheid geen feitelijke rol. Bij een heel snelle besluitvorming wordt immers in een *split second* de afweging gemaakt of iemand ter zake als wilsonbekwaam moet worden beschouwd. Volgens de WGBO (art. 465 en 466) wordt dan conform goed hulpverlenerschap behandeld, ongeacht of iemand wilsbekwaam of wilsonbekwaam is.

Bij toepassing van dwangbehandeling volgens de WGBO speelt wilsonbekwaamheid - i.t.t. de BOPZ - wél een *feitelijke* rol: er is toestemming van de patiënt vereist voor verrichtingen ter uitvoering van de behandelingsovereenkomst en de hulpverlener mag daarvan afwijken als daartoe gegronde redenen zijn (art. 450). (Dwang)behandeling als zodanig kan na toestemming van de vertegenwoordiger bij wilsonbekwaamheid worden ingezet als er strikte noodzaak is (en dan tegen verzet in) om ernstig nadeel te voorkomen (art. 465). Niet nader geëxpliciteerd is of het gaat om psychisch of somatisch nadeel.

#### *Rol van de wettelijke vertegenwoordiger*

In de gevalsbeschrijving is de echtgenoot opgetreden als wettelijke vertegenwoordiger. Er is voor gekozen om dit te regelen via de Wet mentorschap (Burgerlijk Wetboek, art. 450-462). Formeel is het niet noodzakelijk om deze wet in te zetten. In de WGBO is in artikel 465 de vertegenwoordiging geregeld. Echtgenoot, partner, ouder, kind, broer en zus, of iemand die door de patiënt is aangewezen, kunnen als zodanig optreden (dit staat ook in de Wet mentorschap, art. 451). Er zijn voorwaarden aan de vertegenwoordiger verbonden, namelijk 'een goed vertegenwoordiger zijn' en 'de patiënt zoveel mogelijk betrekken bij zijn taak' (WGBO, art. 465, lid 5). In de praktijk is het niet altijd makkelijk een vertegenwoordiger te vinden (Mertens e.a. 2000) of te weten of er sprake is van een goede vertegenwoordiger (Katse e.a. 2003).

Het voordeel van het inschakelen van de Wet mentorschap is dat de rechter toetst. Daarmee wordt een maatschappelijke factor betrokken in de (transparante) besluitvorming. Dit is ook van belang omdat de rechtspositie van een dergelijke patiënt binnen de BOPZ veel duidelijker geregeld en gewaarborgd is dan binnen de WGBO. In de gevalsbeschrijving kan een nadeel van het mentorschap zijn dat er onnodige ongelijkheid in de relatie tussen patiënte en haar echtgenoot ontstaat. Een dergelijk nadeel kan mogelijk worden voorkomen door de betrokkenheid van een ver-

tegenwoordiger te beperken tot dat deel dat strikt noodzakelijk is.

#### CONCLUSIE

Wij schetsten een (geconstrueerde) casus. In een niet-acute situatie lijkt dwangbehandeling bij wilsonbekwaamheid wettelijk mogelijk via de WGBO (en eventueel de Wet mentorschap): (1) bij somatische aandoeningen die ernstig nadeel opleveren voor de somatische gezondheid; (2) bij psychiatrische stoornissen die geen (ernstig) gevaar opleveren voortvloeiend uit de stoornis (waarvoor patiënten gedwongen zijn opgenomen via de BOPZ), maar wel ernstig nadeel voor de psychische gezondheid geven; (3) bij psychiatrische stoornissen waarop de BOPZ niet van toepassing is, en die ernstig nadeel opleveren voor de psychische gezondheid (bijvoorbeeld bij vrijwillig opgenomen patiënten; niet van toepassing in de gevalsbeschrijving).

De gevalsbeschrijving toont een onorthodoxe oplossing voor situaties waarin de huidige wetgeving (en met name de BOPZ) onvoldoende ruimte biedt voor het toepassen van dwangbehandeling. De dwangbehandelingen zijn nu tot standgekomen via de WGBO. Wij hebben de indruk dat de huidige wetgeving de mogelijkheid biedt tot deze 'sluiproute'. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (2002) heeft zich inmiddels tegen deze route uitgesproken en vindt deze route een onbegaanbaar pad. Wij vinden dat deze casuïstiek toont dat de BOPZ en de WGBO beter op elkaar aan moeten sluiten. Dat vraagt om meer toegesneden wetgeving voor dwangbehandeling bij psychiatrische ziekte en wilsonbekwaamheid. In een bepleite nieuwe dwangbehandelingswet (Van Veldhuizen 2003) zullen (meer dan in de BOPZ) de bepaling van wilsonbekwaamheid en de rol van de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame patiënt, een duidelijke plaats moeten krijgen, zal het begrip 'verzet' praktischer gedefinieerd moeten worden én zal naast 'gevaar' ook de WGBO-grond van ernstig nadeel moeten worden opgenomen.

✍ Met dank aan drs. H.D. Fransen en dr. J.W. Hummelen voor hun commentaar en suggesties.

## NOOT

1. Deze gevalsbeschrijving is geconstrueerd en gebaseerd op eigen praktijkervaringen en op recente Nederlandse literatuur (Monden & Zandbergen 1997; Harms e.a. 2000; Mertens e.a. 2000).

## LITERATUUR

- Harms, H.H., de Reus, R., Pootjes, Y.G., e.a. (2000). Succesvolle behandeling na grimmig verzet van een bejaarde vrouw. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144, 201-203.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2002). Melden in het kader van de Wet BOPZ aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag, IGZ-bulletin, 19-20.
- Kats, S., Bruijn, J.A., Blondeau, M.J.C.E., & van den Broek, W.W. (2003). Electroconvulsiotherapie als dwangbehandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 45-49.
- Mertens, J.B., Scherders, M.J., van den Borne, B.E., e.a. (2000). Beleid bij een psychiatrische patiënt met een levensbedreigende vorm van longtuberculose die behandeling weigert. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144, 480-483.

## SUMMARY

The BOPZ law, the WGBO law or towards a new compulsory treatment law? Compulsory treatment in a case of mental incompetence. A case study – A.J.K. Hondius, J.R. van Veldhuizen –

*According to current Dutch legislation persons with a mental disorder can be forcibly treated in order to prevent them from seriously endangering themselves or society (the BOPZ law) or from seriously damaging their own health (the WGBO law). The two laws do not link in with each other in a satisfactory way. In this fictitious study we report on the case of a psychotic patient deemed to be mentally incompetent who received compulsory treatment after permission had been granted by her legal representative (under the WGBO law). We discuss possible ways in which the WGBO law can be applied during a period when a patient has been forcibly hospitalised under the BOPZ law. The legislation involved here is seen by some as being unworkable while we see it as an unfair 'short-cut'. We argue that either the two laws need to be linked in a more appropriate manner or new legislation needs to be enacted.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 9, 569-573]

**KEY WORDS** BOPZ law, compulsory treatment, mental incompetence, WGBO law

Monden, M.A.H., & Zandbergen, M.W. (1997). Een patiënt met een psychiatrische stoornis die behandeling van een somatische aandoening weigert. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 247-249.

Veldhuizen, J.R. van. (2003, januari). Naar een nieuwe wet voor behandelddwang? Presentatie op de studiedag 'Voetangels en klemmen' van de sectie Psychiatrie en Recht, Heiloo.

## AUTEURS

A. J. K. HONDIUS is werkzaam als psychiater en geneesheer-directeur bij Spatie, Centrum voor geestelijke gezondheid te Apeldoorn. Hij is tevens plaatsvervangend A-opleider.

J. R. VAN VELDHUIZEN is werkzaam als psychiater en als directeur zorgontwikkeling GGZ Noord-Holland Noord, Heiloo.

Correspondentieadres: A.J.K. Hondius, Spatie, Postbus 928, 7301 BD Apeldoorn.

E-mail: a.hondius@spatie.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-3-2003.