

# Op weg naar een behandelwet?

J.A.G. VAN OPSTAL, S. LAMMERS

**SAMENVATTING** In zijn huidige vorm voorziet de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) in een gedwongen opname van patiënten die gevaar opleveren. De Wet Bopz geeft echter nauwelijks mogelijkheden tot dwangbehandeling. Dit wordt door veel psychiaters als een gemis ervaren. Ook de samenleving heeft er in toenemende mate moeite mee, dat – onder strikt omschreven voorwaarden – een ernstig zieke patiënt wél onder dwang kan worden opgenomen, maar vervolgens niet gedwongen kan worden een behandeling te ondergaan. De wetgever heeft recentelijk een aantal wijzigingen aangebracht in de Wet Bopz. Hiermee wordt vooral beoogd de mogelijkheden tot dwangopname en dwangbehandeling te verruimen. In dit artikel worden deze wijzigingen en andere nieuwe ontwikkelingen besproken. Aan de hand van de jurisprudentie wordt onderzocht of deze wijzigingen al dan niet van invloed zijn op verruiming van de mogelijkheden voor dwangbehandeling. Dit blijkt vooralsnog niet het geval te zijn.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)8, 637-645]

**TREFWOORDEN** dwangbehandeling, gevaar, Wet Bopz

Elke psychiater van een klinische afdeling kent het frustrerende fenomeen van een patiënt die gedwongen opgenomen is en behandeling weigert. De behandelmogelijkheden van de psychiater zijn dan heel beperkt en de patiënt krijgt niet de behandeling die hij nodig heeft. In dit artikel wordt onderzocht of de psychiater door de recente veranderingen in de Wet Bopz daadwerkelijk meer mogelijkheden krijgt over te gaan tot dwangbehandeling.

## WETSWIJZIGINGEN

Met de wijzigingswet van 13 juli 2002 werd de Wet Bopz op twee onderdelen gewijzigd (Staatsblad 2003): het gevaarcriterium voor dwangbehandeling in artikel 38, lid 5 Wet Bopz is verruimd én er is een nieuw instrument ingevoerd: de voorwaardelijke machtiging. Deze wijzigingen zijn officieel ingegaan per 1 januari 2004. Ook zijn er twee nieuwe ontwikkelingen: de observatiemach-

tiging die per 1 januari 2006 is ingevoerd, en het nog niet officiële instrument zelfbinding.

**Wijziging gevaarcriterium bij dwangbehandeling** Waar voordien sprake moest zijn van ‘ernstig gevaar’ om dwangbehandeling te kunnen toepassen, volstaat volgens de huidige wet ‘gevaar’. Het woord ‘ernstig’ in artikel 38, lid 5 Wet Bopz werd geschrapt. Daarmee is de drempel om over te gaan tot dwangbehandeling verlaagd. Het gaat hier steeds om gevaar binnen de muren van het psychiatrisch ziekenhuis; gevaar buiten de inrichting zal vaak kunnen worden afgewend door een al dan niet gedwongen opname. Verruiming van het gevaarcriterium betekent overigens niet, dat na een gedwongen opname altijd dwangbehandeling kan plaatsvinden. Het uitgangspunt van de wet dat een dwangopname nog geen dwangbehandeling legitimeert, blijft gehandhaafd.

**Voorwaardelijke machtiging** De psychiatrische praktijk had niet genoeg aan de in de wet geregelde vormen van dwangopname en dwangbehandeling. Er was behoefte aan een mogelijkheid psychiatrische patiënten buiten het psychiatrisch ziekenhuis te behandelen, waardoor mogelijk een gedwongen opname kon worden voorkomen. Dit leidde in de praktijk tot de ‘paraplumachtiging’ waarover in de wet niets was opgenomen. Deze paraplumachtiging kent twee modaliteiten. De eerste modaliteit is een machtiging tot voortgezet verblijf: deze wordt ten uitvoer gelegd als de patiënt medewerking weigert aan een behandeling die noodzakelijk is om gevaar af te wenden. De tweede modaliteit is een soort voorwaardelijke machtiging. Het gaat om een beschikking die niet ten uitvoer wordt gelegd op het moment waarop hij wordt gegeven, maar wellicht op enig later moment.

De paraplumachtiging is door de Hoge Raad in 1998 aanvaard (Hoge Raad 1999). Het hoogste rechtscollege oordeelde dat artikel 15 Wet Bopz (machtiging tot voortgezet verblijf) een voldoende wettelijke grondslag vormt voor een dergelijke paraplumachtiging. De regering wilde echter een wettelijke regeling hieromtrent en voerde ter vervanging van de paraplumachtiging de voorwaardelijke machtiging in.

Met een voorwaardelijke machtiging kan een patiënt een gedwongen opname voorkomen door zich aan een aantal voorwaarden te houden. De (ambulante) drang die hierbij uitgeoefend wordt, bestaat uit het feit dat de betrokkene weet dat hij gedwongen zal worden opgenomen, als hij zich niet aan de voorwaarden en dus de voorgeschreven behandeling houdt. De regering spreekt van drang en niet van dwang, omdat het niet naleven van de voorwaarden leidt tot een gedwongen opname en niet tot een gedwongen behandeling (Tweede Kamersitzing 1999-2000, 27289, 3). Drang onderscheidt zich van dwang door de mate waarop de keuzevrijheid van de patiënt wordt beïnvloed. Bij dwang heeft de patiënt geen keuzevrijheid meer, bij drang daarentegen kan de patiënt wel kiezen, maar sommige keuzeopties zijn aantrekkelijker of

juist onaantrekkelijk (Verkerk e.a. 2003). Voor dwangbehandeling buiten de instelling biedt de Wet Bopz formeel geen voorziening. Bij de voorwaardelijke machtiging staat de behandeling centraal en niet de gedwongen opname. Een voorwaardelijke machtiging heeft alleen zin als de patiënt beseft dat behandeling nodig is en hij in staat wordt geacht zich aan de voorwaarden te houden.

De voorwaardelijke machtiging wordt slechts door de rechter verleend als voldaan is aan vier voorwaarden: de stoornis van de geestvermogens doet betrokkene gevaar veroorzaken, het gevaar buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan slechts door het stellen van voorwaarden worden afgewend, de patiënt stemt ermee in dat een behandelplan wordt opgesteld, én hij verklaart zich bereid de voorwaarden na te leven.

De Hoge Raad heeft zich onlangs (29 april 2005) uitgelaten over de interpretatie van de derde voorwaarde: het instemmingvereiste. In de praktijk werd dit instemmingvereiste ruim geïnterpreteerd, maar hiermee gaat de Hoge Raad niet akkoord. Voor een voorwaardelijke machtiging moet de patiënt expliciete toestemming geven. De patiënt moet daartoe wilsbekwaam zijn. Tevens oordeelt het hoogste rechtscollege dat er geen plaats meer is voor de nog steeds in de praktijk gehanteerde paraplumachtiging.

De vierde voorwaarde spreekt over bereidverklaring de voorwaarden na te leven. Voor het verlenen van een voorwaardelijke machtiging hoeft de patiënt dus niet in te stemmen met het behandelplan zelf. Een behandelplan bestaat immers uit meerdere onderdelen zoals de gestelde diagnose, de behandelafspraken en de therapeutische middelen. De bereidverklaring heeft betrekking op het naleven van de voorwaarden in het behandelplan die erop gericht zijn het gevaar buiten een psychiatrisch ziekenhuis af te wenden. Deze verklaring is vormvrij. Het gaat erom dat de rechter er vertrouwen in heeft dat de patiënt de voorwaarden zal naleven.

**Observatiemachtiging** Per 1 januari 2006 is de observatiemachtiging in werking getreden.

Na twee jaar zal de observatiemachtiging worden geëvalueerd, waarbij met name wordt gekeken naar de doeltreffendheid en de effecten van de observatiemachtiging in de praktijk. Afhankelijk daarvan zal de observatiemachtiging al dan niet definitief in de wet worden opgenomen.

De rechter kan een observatiemachtiging verlenen indien er sprake is van een ernstig vermoeden van een geestesstoornis die de persoon in kwestie in gevaar brengt. Dit criterium - ernstig vermoeden - is anders dan bij een inbewaringstelling waar acuut gevaar wordt geëist. Het is ruimer dan bij een 'gewone' rechterlijke machtiging waarbij zekerheid dient te bestaan over de aanwezigheid van de stoornis en het daaruit voortvloeiende gevaar. De machtiging biedt de mogelijkheid gedurende maximaal drie weken, tegen de wil van betrokkene in, te onderzoeken of er inderdaad sprake is van een stoornis en van gevaar. Gedurende de observatiemachtiging is het niet mogelijk om een dwangbehandeling uit te voeren, vrijheidsbeperkingen op te leggen, dan wel middelen of maatregelen toe te passen.

De observatiemachtiging heeft als doelgroep de 'verkommerden en verloederden'. De regering heeft in haar Plan van aanpak verloedering en overlast (Tweede Kamerzitting 2004-2005, 29325, 2) degenen die onder het begrip verkommerden en verloederden vallen in drie groepen verdeeld: veelplegers, overlastgevende zorgmijders bij wie er een (oorzakelijke) relatie is tussen dakloosheid en ernstige psychische en verslavingsproblemen, en overlastgevendenden van wie het gedrag als asociaal bestempeld wordt. De observatiemachtiging is in het bijzonder bedoeld voor de tweede groep, de overlastgevende zorgmijders.

Voor het kunnen verlenen van een observatiemachtiging moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan. Er dient een ernstig vermoeden te zijn dat er sprake is van een geestesstoornis, van een gevaar voor zichzelf zijn, en van een causaal verband tussen beide. De betrokkene is twaalf jaar of ouder, en is niet bereid tot een vrijwillige opname. Dit zijn ruime criteria in vergelijking met die voor andere instrumenten van de Wet Bopz. Het is

niet vereist dat er sprake is van gevaar, of dat vaststaat dat de betrokkene een geestesstoornis heeft; het ernstige vermoeden ervan is voldoende. Hiermee wordt dus afgeweken van het gebruikelijk gehanteerde gevaarcriterium.

**Zelfbinding** De meest recente ontwikkeling op het gebied van de Wet Bopz is de zelfbindingsregeling. Deze regeling is nog niet ingevoerd en wordt dan ook nog niet in de praktijk gehanteerd. Met de zelfbindingsregeling wil de regering de mogelijkheden voor dwangbehandeling binnen de instelling verruimen. Het wetsvoorstel zelfbinding vormt een uitzondering op het gevaarcriterium dat in de Wet Bopz centraal staat: het wordt mogelijk patiënten gedwongen op te nemen zonder dat sprake hoeft te zijn van gevaar.

De wetgever definieert de zelfbindingsverklaring als een 'schriftelijke verklaring van een patiënt, waarin deze zich verbindt tot opname en het ondergaan van de in de verklaring omschreven behandeling, of tot het ondergaan van de in de verklaring omschreven behandeling na gedwongen opname, ook al verzet de patiënt zich daar op dat moment tegen' (Tweede Kamerzitting 2001-2002, 28283, 3).

De zelfbindingsregeling kent twee varianten. De eerste variant heeft betrekking op de opname en vervolgens de behandeling van een patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis, zonder dat er sprake is van gevaar binnen het ziekenhuis (de zelfbindingsverklaring). De tweede variant is gericht op de behandeling van een patiënt die met een gewone rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling is opgenomen (de zelfbindingsverklaring tot behandeling). Zelfbinding is vooral van belang bij patiënten die lijden aan chronische psychiatrische stoornissen, waarbij de patiënten afwisselend periodes kennen waarin zij relatief vrij zijn van symptomen, en periodes waarin die symptomen zich juist sterk manifesteren. Deze patiënten zijn meestal aangewezen op langdurig medicatiegebruik (Tweede Kamerzitting 2001-2002, 28283, 3). Zelfbinding kan voorkómen dat deze mensen van

adequate hulp verstoken blijven als ze bij een nieuwe crisis hulp afwijzen.

#### VAN OPNAMEWET NAAR BEHANDELWET?

In dit deel worden twee onderzoeksvragen behandeld: Hebben de recente wijzigingen in de Wet Bopz in de praktijk geleid tot een verruiming van de mogelijkheden voor dwangbehandeling? En heeft de Wet Bopz daardoor meer het karakter van een behandelwet gekregen?

*Wijziging gevaarcriterium bij dwangbehandeling* Het schrappen van het woord 'ernstig' in artikel 38, lid 5 Wet Bopz verlaagt de drempel voor het toepassen van interventies binnen de instelling. Het criterium is minder strikt. Interessant is nu hoe de rechterlijke macht het nieuwe gevaarcriterium interpreteert in vergelijking met het oude, strenge gevaarcriterium. Het is de vraag of er veranderingen te zien zijn in de jurisprudentie en of de wetswijziging inderdaad tot een verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling in een psychiatrisch ziekenhuis leidt.

Bij het tot stand komen van de Wet Bopz heeft de wetgever aangegeven dat het begrip 'gevaar' een open norm diende te zijn, die via jurisprudentie verder ingevuld moest worden. Het begrip 'gevaar' zou pas door de rechterlijke beslissingen wezenlijk inhoud en gestalte krijgen (Tweede Kamerzitting 1971-1972, 11270, 3). De wetgever maakte de keuze voor een open norm, opdat het criterium niet te beperkend zou werken. Bovendien was het niet mogelijk een wettekst te formuleren die ieder voorkomend geval beschrijft, aldus de Eerste Kamer (Eerste Kamerzitting 1991-1992, 11270). De regering somde wel een aantal situaties op, gebaseerd op het eindrapport van de Commissie Van Dijk (Van Dijk 1980), die overeenkwamen met de voorgestelde wettelijke criteria voor dwangbehandeling. Dat waren de volgende situaties: een onmiddellijk of ernstig gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen; een onmiddellijk gevaar voor ernstige verminking van de patiënt of van anderen; en het voorkomen van de achteruitgang van de pa-

tiënt. Dit zijn vrij strikte criteria, aangezien er sprake moest zijn van een onmiddellijk gevaar.

*Jurisprudentie criterium 'ernstig gevaar'* (tot 1 januari 2004) Om duidelijkheid te krijgen hoe de rechter het criterium 'ernstig gevaar' interpreteerde, is de gepubliceerde jurisprudentie onderzocht betreffende artikel 38, lid 5 Wet Bopz inzake dwangbehandeling en in bijzonder inzake de interpretatie van het criterium 'ernstig gevaar' (1997 tot en met 2003). Het betreft 24 door de rechtbank gewezen zaken. In 9 gevallen werd ernstig gevaar voor de patiënt zelf, en in 9 gevallen ernstig gevaar voor anderen aanwezig geacht. In 1 geval werd ernstig gevaar voor de patiënt zelf niet aanwezig geacht, en in 5 gevallen vond de rechter het ernstig gevaar voor anderen onvoldoende aangetoond.

Als de jurisprudentie vergeleken wordt met de criteria van de Commissie Van Dijk dan blijkt dat het gevaarcriterium ruimer geïnterpreteerd werd dan de Commissie Van Dijk en de regering beoogden. De criteria werden soms opgerekt om dwangbehandeling mogelijk te maken. In zeven uitspraken werd 'latent gevaar' voldoende bevonden voor het toepassen van dwangbehandeling en was er geen sprake van de door Commissie Van Dijk gestelde eis, dat er sprake moet zijn van onmiddellijk oftewel acuut gevaar. De onder het oude gevaarcriterium gewezen jurisprudentie laat een opvallende opkomst zien van het begrip 'latent gevaar'. Dit begrip werd op 21 maart 1997 door de rechtbank Roermond geïntroduceerd. Latent gevaar werd sindsdien door psychiaters en instellingen gebruikt om het ernstig-gevaar-criterium op te rekken. Door latent gevaar als 'ernstig gevaar' aan te merken kon eerder en vaker met dwangbehandeling worden begonnen. Later werd deze ruime interpretatie toch weer enigszins ingedamd. Er werd geëist dat het latente gevaar wel tastbaar moest zijn: na onderzoek moest aannemelijk worden geacht dat zonder medicatie het ernstige gevaar zich weer zou voordoen. Uit de jurisprudentie blijkt dat er eind jaren negentig in ieder geval al behoefte was aan een verruiming van

de mogelijkheden voor dwangbehandeling. De vraag van psychiaters dienaangaande werd in veel gevallen – maar niet in alle – door de rechtbanken ingewilligd.

Over verbale agressie oordeelden de rechters verschillend, afhankelijk van de bijkomende factoren. In één uitspraak werd gegronde vrees voor verbale agressie voldoende bevonden om dwangbehandeling te rechtvaardigen. Het ernstig schaden van de psychische gezondheid van medepatiënten en/of het ernstig bemoeilijken van de behandeling van medepatiënten speelden bij deze uitspraak een rol. In dit geval was er geen sprake van het door Commissie Van Dijk gestelde vereiste, namelijk ‘onmiddellijk of acuut gevaar voor het leven of voor ernstige verminking’. Ook hier was er dus sprake van oprekking van het begrip ‘ernstig gevaar’.

In een andere uitspraak bleek verbale agressie onvoldoende grond voor het toepassen van dwangbehandeling in de vorm van medicatie. De rechtbank oordeelde dat er op een andere manier kon worden ingegrepen, bijvoorbeeld door separatie. Er was dus wel sprake van ‘ernstig gevaar’ volgens de rechtbank. Impliciet betekent deze uitspraak dat separatie als een minder ingrijpend middel wordt gezien dan dwangmedicatie.

Ook bij fysiek geweld blijkt het situatieafhankelijk of dwangbehandeling gerechtvaardigd was. In enkele uitspraken oordeelde de rechtbank dat het uithalen naar een medewerker, het slaan van een verpleegkundige en het uitdrukken van een sigaret op de arm van de verpleegkundige geen ‘ernstig gevaar’ opleverden in de zin van artikel 38, lid 5, derde volzin Wet Bopz. Verbale agressie en dreigende, fysieke agressie daarentegen hadden al grond opgeleverd voor dwangbehandeling.

Fysieke agressie jegens medepatiënten, handelend artsen of het verplegend personeel werd sowieso niet gezien als rechtvaardigingsgrond voor dwangbehandeling indien de agressie een gevolg was van de toegepaste dwang.

Concluderend kan worden gesteld dat de jurisprudentie met betrekking tot het oude ernstig-gevaar-criterium een divers beeld oplevert, waar-

bij het niet duidelijk is wanneer situaties als ‘ernstig gevaar’ worden aangemerkt. In ieder geval blijkt dat de criteria voor dwangbehandeling in de periode vóór 2004 vaak ruim geïnterpreteerd werden.

*Jurisprudentie criterium ‘gevaar’ (na 1 januari 2004)* Na de wetswijziging werden tot nog toe slechts acht uitspraken gepubliceerd over de interpretatie van het criterium ‘gevaar’ in relatie tot dwangbehandeling. Vanwege dit kleine aantal moeten we voorzichtig zijn met het trekken van conclusies.

Duidelijk is dat het gevaarcriterium voor dwangbehandeling een intern-gevaar-criterium is: het gevaar dient zich voor te doen binnen de muren van een instelling. In drie van de acht uitspraken speelde het gevaar zich buiten de instelling af en daardoor was er onvoldoende reden om dwangbehandeling toe te passen. De rechtbank Assen echter oordeelde één keer dat gevaar voor de toekomst bij een verblijf buiten het ziekenhuis een gevaar kon opleveren in de zin van artikel 38, lid 5, derde volzin Wet Bopz.

Volgens drie uitspraken kon agressief gedrag tegenover het personeel als ‘gevaar’ in de zin van artikel 38, lid 5 Wet Bopz worden bestempeld. In een andere uitspraak oordeelde de rechtbank echter dat verbale agressie of het (ongericht) met glazen gooien onvoldoende reden was voor ‘gevaar’. De uitspraken zijn dus niet eenduidig. Het oprekken van het gevaarcriterium door het schrappen van het woord ‘ernstig’ heeft hierop geen invloed gehad. Fysieke en/of verbale agressie kon ook onder het oude gevaarcriterium aangemerkt worden als ernstig gevaar.

Uit de analyses van de jurisprudentie ten aanzien van het oude en het nieuwe gevaarcriterium blijkt dat er nog geen eenduidige conclusies getrokken kunnen worden. De vraag of de rechter met het nieuwe criterium meer en eerder mogelijkheden biedt voor het toepassen van dwangbehandeling, kan vooralsnog niet positief worden beantwoord. De uitspraken van de rechter zijn te divers. Daarnaast werd het oude ernstig-gevaar-

criterium in de praktijk al ruimer geïnterpreteerd dan de wetgever bedoeld had. De toekomst zal uitwijzen of de wijziging van artikel 38, lid 5 Wet Bopz een reële verruiming van de mogelijkheden voor dwangbehandeling biedt.

**De voorwaardelijke machtiging** De voorwaardelijke machtiging is ontstaan als reactie op de behoefte in de maatschappij een patiënt te kunnen behandelen zonder dat hij of zij gedwongen opgenomen wordt. De regering is van oordeel dat de voorwaardelijke machtiging de voorkeur verdient boven de in de praktijk en in de jurisprudentie tot ontwikkeling gekomen paraplumachtiging. Bij de voorwaardelijke machtiging worden immers vooraf de voorwaarden voor de behandeling met de patiënt overlegd en door de rechter getoetst.

Onlangs deed de Hoge Raad (2005) een belangrijke uitspraak over de voorwaardelijke machtiging en de paraplumachtiging. De Hoge Raad verwierp de - bij de voorwaardelijke machtiging in de praktijk gehanteerde - ruimere uitleg rond het 'instemmingvereiste'. De Hoge Raad stelde de eis dat er sprake moet zijn van 'expliciete toestemming': de patiënt toont zich bereid tot het naleven van de voorwaarden én is in staat de gevolgen te overzien. Voor het geven van toestemming moet de patiënt wilsbekwaam zijn. Patiënten die dat niet zijn, kunnen dus niet met een voorwaardelijke machtiging behandeld worden.

De Hoge Raad behandelde tevens de vraag of de paraplumachtiging na 1 januari 2004 nog mogelijk is. De advocaat-generaal betoogde dat er voor de paraplumachtiging geen plaats meer lijkt, hoewel steeds meer artsen en rechters juist tot deze machtiging hun toevlucht namen, omdat die beter zou werken dan de voorwaardelijke machtiging. De advocaat-generaal merkt op, dat de paraplumachtiging waarbij in het kader van het verlenen van een voorlopige machtiging iemand wordt opgenomen en kort daarna weer ontslagen onder voorwaarden, ook in de toekomst kan worden toegepast. Deze vorm is wettelijk mogelijk gebleven. Minder duidelijk is of er een eind moet worden ge-

maakt aan de vroegere praktijk waarbij een machtiging tot voortgezet verblijf werd verleend, ook als de patiënt niet meer in het ziekenhuis verbleef en het niet de bedoeling was de patiënt op te nemen, zolang hij zich aan de door de geneesheer-directeur gestelde voorwaarden hield. Deze paraplumachtiging was in feite bedoeld om ambulante dwangbehandeling mogelijk te maken. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) maakte bezwaar tegen het verlenen van een dergelijke paraplumachtiging, in die zin dat de rechter een voorlopige machtiging verleent terwijl hij weet dat patiënt feitelijk niet in het psychiatrisch ziekenhuis verblijft en dat het ook niet de bedoeling is patiënt daadwerkelijk op te nemen zolang deze de gestelde voorwaarden naleeft. De minister van VWS vond dat men dan moest kiezen voor de voorwaardelijke machtiging (Tweede Kamersitting 2003-2004, Aanhangsel handelingen 1431, 3023-3025). In de praktijk is het niet altijd gegaan zoals de minister beoogd had. Zo sprak bijvoorbeeld de rechtbank Amsterdam op 20 juli 2004 voor een thuisverblijvende patiënt een machtiging tot voortgezet verblijf uit (Rechtbank Amsterdam 2005).

Het door de Hoge Raad gewezen arrest heeft mogelijk tot gevolg dat voor minder mensen een voorwaardelijke machtiging aangevraagd of afgegeven kan worden. Daarnaast heeft de rechter minder ruimte voor het geven van paraplumachtigingen. Dat betekent dat de twee instrumenten die ambulante dwang mogelijk maken, ernstig aangetast zijn. Door de uitspraak zullen veel patiënten buiten de boot te vallen. Aan vrijwillige behandeling zullen zij zich onttrekken en dwangopname is zelden een goed alternatief (Remmers van Veldhuizen 2005).

De minister van VWS en minister van Justitie hebben gereageerd op de uitspraak van de Hoge Raad. Zij zijn van mening dat voorkomen moet worden dat de praktijk opnieuw, zoals indertijd met de paraplumachtiging het geval was, zijn toevlucht moet nemen tot een buitenwettelijk instrument (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2004). De voorwaardelijke machtiging

dient zo aangepast te worden, aldus beide ministers, dat zij verleend mag worden als de rechter het vertrouwen heeft dat de patiënt – ondanks het ontbreken van diens uitdrukkelijke instemming – zich daadwerkelijk aan de voorwaarden zal houden. Een wetsvoorstel zal voor spoedadvies aan de Raad van State worden verzonden.

**De observatiemachtiging** De observatiemachtiging tornt aan het autonomiebeginsel van de patiënt; voor deze machtiging valt men gedeeltelijk terug op het argument ‘om bestwil’ nu ‘gevaar’ geen vereiste is. Om misbruik van de observatiemachtiging tegen te gaan stelt de regering uitdrukkelijk dat het niet de bedoeling is om zwervers of personen die overlast veroorzaken, willekeurig te laten opnemen op grond van de Wet Bopz.

Nederland kent een groot aantal ‘verkommerden en verloederden’: hun aantal wordt geschat op 110.000 (Tweede Kamerzitting 2004-2005, 29325, 2). De observatiemachtiging maakt het mogelijk om vooral ‘overlastgevende zorgmijders’ tegen hun wil op te nemen, ook al vormen ze nog geen direct gevaar voor zichzelf of anderen. Het problematische van deze doelgroep is dat deze moeilijk bereikbaar is. De aanvraag kan onder meer gedaan worden door verwanten, conform artikel 2 Wet Bopz. Aangezien de banden met verwanten meestal verbroken zijn, zal doorgaans niemand het initiatief tot observatie nemen. Er lijkt hier dan ook een grote rol te zijn weggelegd voor de officier van justitie. De artikelen 38, 39 en 40 Wet Bopz zijn op deze categorie patiënten niet van toepassing verklaard: er mag geen dwang worden toegepast. De observatiemachtiging op zich geeft geen verruiming van de mogelijkheden voor dwangbehandeling. Het ziet ernaar uit dat de observatiemachtiging slechts een beperkt nut kan hebben.

**Zelfbinding** Zelfbinding zou, mocht het ingevoerd worden, het tweede instrument zijn waarbij ‘gevaar’ geen vereiste voor een gedwongen opname is. Bij dit instrument kan dwangbe-

handeling wel worden toegepast, mits de patiënt vooraf duidelijk zijn vrije wil heeft uitgesproken. Het oorspronkelijke karakter van de Wet Bopz, gericht op opname vanwege gevaar, komt hiermee verder in de verdrukking. De Wet Bopz krijgt daarmee iets meer het karakter van een behandelwet.

Zelfbinding kan een geëigend middel zijn voor patiënten met regelmatig terugkerende problemen, zoals patiënten met een bipolaire stoornis. De patiënt kan met een zelfbindingsverklaring kiezen hoe hij in een toekomstige crisissituatie behandeld wil worden.

In de praktijk werd reeds positieve ervaring opgedaan met zelfbindingscontracten en crisiskaarten. Bij zelfbinding gaat de hulpverlening in op de wensen van de betrokkene die zich hierdoor erkend en serieus genomen weet. Een juridisch kader voor het zelfbindingscontract is gewenst, aangezien het bij dreigend decompenseren eerder ingrijpen mogelijk maakt. In de praktijk leidt het tot meer vraagsturing en minder betutteling en bevoogding, waarmee het tegemoetkomt aan de moderne opvattingen dat een behandeling niet van ‘bovenaf’ wordt gedicteerd, maar in overleg met de betrokkene wordt ingevuld.

Bij het toepassen van dwangbehandeling in het kader van een zelfbindingsmachtiging sluit de regering aan bij het uitgangspunt dat ook bij de voorwaardelijke machtiging is gehanteerd, namelijk dat dwangbehandeling alleen in een intramurale setting kan worden toegepast. Zelfbinding draagt niet bij aan het verruimen van de mogelijkheden voor ambulante dwangbehandeling. Afspraken rond ambulante behandeling, waar geen dwang maar drang bij komt kijken, kunnen wel onderdeel zijn van een zelfbindingsverklaring. De patiënt en de hulpverlener kunnen bijvoorbeeld de afspraak maken dat de patiënt zich houdt aan de voorgeschreven medicatie. Als de patiënt zich niet meer aan deze afspraak houdt, kan dat worden omschreven als een omstandigheid die leidt tot het aanvragen van een zelfbindingsmachtiging. Dergelijke afspraken kunnen een sterk preventieve werking hebben vanwege de drang die ervan uitgaat.

De mogelijkheden voor klinische dwangbehandeling worden met dit wetsvoorstel wel uitgebreid. Als de patiënt reeds is opgenomen, kan deze op grond van de zelfbindingsverklaring behandeld worden zonder dat daarvoor een nieuwe rechterlijke toets nodig is.

#### CONCLUSIE: OP WEG NAAR EEN BEHANDELWET?

De regering heeft de laatste tijd veel wijzigingen doorgevoerd in de Wet Bopz, is nog bezig het instrument zelfbinding verder te ontwikkelen én is alweer nieuwe wetsvoorstellen aan het voorbereiden. Er is een verschuiving merkbaar in het denken over de Wet Bopz. De van origine 'opnamewet' gaat iets meer in de richting van een 'behandelwet'. Het gevaarcriterium voor dwangbehandeling is verruimd door het woord 'ernstig' voor 'gevaar' te schrappen. Door de invoering van de voorwaardelijke machtiging is ambulante drangbehandeling mogelijk gemaakt. Voor het verlenen van een observatiemachtiging hoeft er alleen nog een ernstig vermoeden te bestaan dat de betrokkene een geestesstoornis heeft waaruit gevaar voor betrokkene voortvloeit; er is geen zekerheid vereist. Met zelfbinding kan een patiënt binnen de instelling behandeld worden op grond van de zelfbindingsverklaring die hij of zij heeft opgesteld; daarvoor hoeft opnieuw geen sprake te zijn van gevaar, maar moet de crisissituatie, zoals de patiënt die zich voorstelde, zich voordoen.

Of al deze wijzigingen tot veel veranderingen in de praktijk van de dwangbehandeling zullen leiden, is nog maar de vraag. Op basis van de rechterlijke uitspraken en dus de jurisprudentie tot nog toe, lijkt het schrappen van het woord 'ernstig' in artikel 38, lid 5 Wet Bopz geen echte verruiming van de mogelijkheden voor dwangbehandeling op te leveren. Hierbij dient echter te worden aangetekend, dat slechts een gering aantal van de dwangbehandelingen door de rechter wordt getoetst. Toepassing van dwangbehandeling hoeft immers niet tot een klacht te leiden. Bovendien wordt het merendeel van de klachten afgehandeld door een

klachtencommissie.

De regering is voornemens de mogelijkheden voor dwangbehandeling binnen de kliniek te verruimen. Er ligt een wetsvoorstel klaar dat het voor behandelaars mogelijk maakt om bij een dwangopname moeilijk behandelbare en onwillige personen met een behandeling weer naar huis te sturen. De mogelijkheden voor ambulante drangbehandeling, die de voorwaardelijke machtiging met zich meebracht, zijn gedeeltelijk ingedamd door het arrest van de Hoge Raad van 29 april 2005. Minister Hoogervorst en minister Donner hebben in reactie daarop aangegeven de Wet Bopz zo aan te passen, dat de voorwaardelijke machtiging weer de ruimte creëert om ambulante drangbehandeling mogelijk te maken. Voorlopig blijven de uitspraak van de Hoge Raad en de consequenties daarvan voor de praktijk, staan. Tot slot moet nog blijken of de observatiemachtiging in de praktijk goed zal uitpakken.

Bij het ontbreken van een behandelwet, en dus van de mogelijkheden voor een meer adequate, vroegtijdige dwangbehandeling, zal de Nederlandse psychiater vaak gedwongen zijn over te gaan tot vrijheidsbeperkende maatregelen als separatie en fixatie.

#### LITERATUUR

- Dijk, W.K. van. (1980). Eindrapport Werkgroep Rechtspositie Patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Hoge Raad. (1999). 11 december 1998. *Nederlands Juristenblad*, 270, 1429-1437.
- Hoge Raad. (2005). 29 april 2005 (2005). *Bopz Jurisprudentie*, 15, 88-108.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2004, 10 september). Wijzigingen in de Wet Bopz. [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl).
- Rechtbank Amsterdam. (2005). Rb Amsterdam, 20 juli 2004. *Jaarnaal GGZ en recht*, 2, 35.
- Staatsblad 2003, nr. 467. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Staatsblad 2005, nr. 95. BOPZ: voorwaardelijke machtiging en observatie. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Veldhuizen, J.R. van. (2005). Psychiaters bepleiten reparatie BOPZ. *Medisch Contact*, 19, 793.
- Verkerk, M.A., Polstra, L., & de Jonge, M. (2003). Drang in de zorgpraktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 539-548.

AUTEURS

J.A.G. VAN OPSTAL is psychiater en vervangend A-opleider bij GGZ Westelijk Noord-Brabant 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.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-3-2006.

SUMMARY

*Towards a treatment law? – J.A.G. Van Opstal, S. Lammers – Under the current Dutch law on special admissions to psychiatric hospitals (Bopz) it is possible to detain a patient who is a danger to himself and others. The Bopz, however, makes hardly any provision for compulsory treatment. Many psychiatrists regard this as an inherent shortcoming of the law. Members of the public, too, are becoming increasingly concerned by the fact that a seriously ill patient can, subject to strict criteria, be detained compulsorily but cannot thereafter be compelled to undergo treatment. The legislature has recently made some amendments to the Bopz law. The main goal is to widen its scope, making the law more flexible with regard to compulsory admission and compulsory treatment. In this article we discuss these amendments and new developments and by referring to case law we investigate whether these changes increase the possibilities for compulsory treatment. We conclude that at the moment they do not.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)8, 637-645]

**KEY WORDS** Bopz, compulsory treatment, dangerous behavior