

Gepubliceerd in 1995, no. 10">

## Dwang in de psychiatrie; patiëntenrechten en beroepsethiek

*door F.A.M. Kortmann*

*Gepubliceerd in 1995, no. 10*

### *Samenvatting*

De BOPZ versterkt het recht van de patiënt op zelfbeschikking in de gezondheidszorg en perkt de toepassing van dwang op een aantal punten in. Het zelfbeschikkingsrecht krijgt van de wetgever zo'n hoge prioriteit dat het recht van de patiënt op gezondheidszorg volgens sommige psychiaters in het gedrang kan komen. De BOPZ dwingt psychiaters nieuwe antwoorden te formuleren op de vraag: 'wél doen of niet doen?' De wet verleidt hen wellicht tot een meer defensief antwoord: 'niet doen, omdat het niet mag, vanwege het ontbreken van gevaar'. Vanuit hun beroepsethiek voelen psychiaters zich wellicht meer geroepen tot een offensief antwoord: 'weldoen, omdat dit in het belang is van de gezondheid van hun patiënt'. Dwang daarbij is meer gerechtvaardigd naarmate de ziekte het vermogen van de patiënt autonoom te functioneren ernstiger heeft aangetast en door de behandeling ervan de patiënt beter van zijn recht op zelfbeschikking gebruik kan maken.

### **Inleiding**

In september 1793 bezocht de Franse arts Philippe Pinel de Parijse gevangenis, de Bicêtre. Hij trof daar een psychotische Engelse zee kapitein, geketend aan de muur. Hij wist de gevangenisautoriteiten ervan te overtuigen dat deze bejegening van een geesteszieke immoreel was. Pinel kreeg toestemming om de boeien los te maken en de Engelsman mee te nemen naar het krankzinnigengesticht, de Salpêtrière. De kapitein ruilde de status van gevangene in voor die van psychiatrische patiënt. Aanvankelijk ging hij erop vooruit. In de Salpêtrière werd gewerkt volgens het nieuwe regime van de 'traitement morale'. Men hoopte dat geesteszieken binnen een gestructureerd leefklimaat, waarin zij met genegenheid en respect werden bejegend, zouden opknappen en dat een aantal van hen zou kunnen terugkeren naar zijn oorspronkelijke leefmilieu. Na verloop van tijd bleek dat echter een fictie. De gestichten groeiden uit tot gesloten, zichzelf onderhoudende asiels, vaak ver verwijderd van de gewone wereld. Wanneer iemand eenmaal was opgenomen, verbleef hij er meestal voor de rest van zijn leven. Bovendien werden er steeds meer gestichtsregels ingevoerd ten koste van de autonomie van de patiënt om de situatie voor de 'oppassers' beheersbaar te houden. De huisstijl van de gestichten raakte steeds meer doortrokken van dwang en repressie. Psychiatrische patiënten waren dan wel bevrijd van hun gevangenisboeien, maar de dwang van het gestichtsregime kwam daarvoor in de plaats.

Tweehonderd jaar later kan men nog steeds niet zonder dwang in de psychiatrie. De vraag naar de rechtvaardigingsgrond daarvoor is daarom nog steeds actueel. Men kan deze vraag beantwoorden vanuit het gezichtspunt van het gezondheidsrecht en vanuit dat van de beroepsethiek van psychiaters. Recht en ethiek hebben wel gemeenschappelijke raakvlakken maar zijn niet identiek (Van der Burg e.a. 1994). Recht is het algemeen geldend stelsel van normen en

waarden in een samenleving. In ons gezondheidsrecht staan het recht op zelfbeschikking en het recht op goede zorg centraal (Leenen 1978). Beroepsethiek betreft de normen en waarden die een beroepsbeoefenaar of een beroepsgroep beschouwt als richtlijn voor het eigen handelen met betrekking tot de individuele patiënt. Psychiaters beschouwen het bestwilbeginsel als ethische norm voor hun professionele handelen. Dit beginsel sluit aan bij het recht van de patiënt op goede behandeling, maar wordt begrensd door het recht van de patiënt op zelfbeschikking. Bij medische ethiek gaat het vaak om een keuze uit twee kwaden, in dit geval het kwaad van de dwang of het kwaad van het mislopen van een adequate behandeling.

Met de BOPZ is het recht van de patiënt op zelfbeschikking aangescherpt en is de toepassing van dwang op een aantal punten aan banden gelegd. Naar het oordeel van sommige hulpverleners te sterk. Het opkomen van de wetgever voor het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt krijgt soms zo'n hoge prioriteit dat het andere recht van de patiënt, een goede toegang tot gezondheidszorg, volgens hen in gevaar komt (Cohen Stuart 1983; Stolk 1987). In dit artikel wordt het spanningsveld tussen beide belangen in een aantal praktijksituaties beschreven. Het zoeken naar een oplossing ervoor is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van juristen en psychiaters. Psychiaters noch juristen kunnen op voorhand het gelijk voor zichzelf opeisen, omdat zij vanuit een verschillende optiek naar de belangen van de patiënt kijken. Volgens de psychiater is dwang in de gezondheidszorg meer gerechtvaardigd naarmate de patiënt door een ziekte meer belemmerd wordt in zijn autonome functioneren, en een behandeling van die ziekte betere garanties biedt op verbetering daarin. De wetgever acht dwang in de gezondheidszorg uitsluitend gerechtvaardigd om gevaar door een ziekte af te wenden.

## Historie

Lang was het antwoord van onze samenleving op ernstig afwijkend gedrag ten gevolge van een psychiatrische stoornis asielering van de patiënt in een inrichting, vaak onder dwang, met als doel bescherming van lijder én samenleving. De Krankzinnigenwet uit 1884 bood een wettelijke basis voor deze dwang. Rond de eeuwwisseling ontdekte men dat sommige geestesziekten een organische oorzaak hadden. Patiënten werden op allerlei manieren lichamelijk onderzocht, echter zonder veel concrete therapeutische resultaten. Ook de ontdekking van Freud dat vroegere psychotraumatische ervaringen een rol kunnen spelen bij het ontstaan van psychiatrische ziekten, bleek van weinig nut voor de gestichtspatinten. Toch bleef men volop experimenteren met allerlei behandelvormen. Deze behandelingen werden 'om bestwil' toegepast, ook wanneer patiënten zich hiertegen verzetten. Juridisch kon dit. Opname in een gesticht betekende toen immers tevens een verklaring van wilsonbekwaamheid, en daardoor een buiten werking stellen van het recht op zelfbeschikking. Achteraf is gebleken dat het middel soms erger was dan de kwaal. Men kan denken aan het op zeer ruime schaal toepassen van elektroconvulsieve therapie (ECT), strafshocks, medicatie met zeer ernstige en soms irreversibele bijwerkingen en bepaalde vormen van psychochirurgie. De dwang die soms op patiënten werd uitgeoefend om deze ingrepen te ondergaan, is ethisch gezien verwerpelijk.

Door de gestage groei van het aantal patiënten in de gestichten kregen deze steeds meer kenmerken van 'total institutions' (Goffman 1961). Veel patiënten verloren door het jarenlang leven onder strenge gestichtsregels een groot deel van hun praktische sociale vaardigheden. Zij raakten zo dubbel gehandicapt.

In de jaren zestig groeide in onze cultuur de belangstelling voor autonomie en burgerrechten. Het recht op inspraak en medezeggenschap werd op allerlei niveaus in onze samenleving opgeëist, zoals in bedrijven en op scholen. Deze democratiseringsbeweging liet ook de gestichten niet onberoerd. Advocaten en cliëntenbewegingen vroegen aandacht voor de rechtspositie van de

opgenomen psychiatrische patiënten. Steeds vaker werd de fundamentele vraag gesteld of het voordeel van een langdurig gedwongen verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis wel voldoende opwoog tegen de nadelen ervan. Voor een groot aantal patiënten was het antwoord ontkennend. Zij werden in inrichtingen van hun fundamentele vrijheden beroofd, zonder dat hier verbetering van hun geestesziekte tegenover stond. De psychiatrie bleek haar 'bestwil'pretenties onvoldoende te hebben waargemaakt. In 1963 tekende president Kennedy een wet die de de-institutionalisering van de Mental State Hospitals in de USA in gang zette. Ongeveer 75% van de psychiatrische patiënten werd daar uit de inrichtingen ontslagen. Community Mental Health Centres en lokale opvangcentra moesten de zorg voor hen gaan overnemen. Ook in Nederland ging men pleiten voor afbouw en deconcentratie van de grote psychiatrische ziekenhuizen. Het beleid werd gericht op versterking van de ambulante zorg, op omzetting van klinische in deeltijdbehandelingsplaatsen en op verplaatsing van bedden uit de grotere afgelegen APZ'en naar stedelijke gebieden.

Ook in het ziektebegrip in de psychiatrie traden in die tijd veranderingen op. Antipsychiaters, zoals Laing, Cooper en Szasz, beweerden dat psychiatrische patiënten niet ziek waren, maar leden onder storende omgevingsfactoren, waaronder niet in de laatste plaats het repressieve gestichtsklimaat. In ons land was het boek *Wie is van hout...* van Foudraine (1971) een pleitbezorger van dit soort denken. Over deze auteur schrijft de Leidse hoogleraar psychiatrie Carp (1973) het volgende: 'Zijn doel is geweest om aan te tonen hoezeer de psychiatrie op de verkeerde weg is met haar overschatting van de erfelijkheid, met het zoeken naar een "ziekteproces" als oorzaak van de schizofrenie, ... met haar verward geraakt zijn in rubricering van ziektebeelden en etikettering waaraan ten onrechte de benaming van een diagnose wordt gegeven'. In dit nieuwe denken was er voor het traditionele ziektebegrip en de Krankzinnigenwet als asieleringswet voor wilsonbekwame geesteszieken steeds minder plaats. Deze wet moest worden vervangen door een wet die de autonomie van patiënten centraal stelt en beperkingen oplegt aan dwang. In 1972 werd het eerste wetsontwerp BOPZ bij de Tweede Kamer ingediend. Het toezicht van de rechter op de psychiatrische ziekenhuizen werd versterkt. De Patiënten Vertrouwens Personen deden hun intrede in de inrichtingen om patiënten te ondersteunen bij de verdediging van hun recht op zelfbeschikking tegen overmatig bestwildenken van behandelaars.

### De BOPZ

Op 17 januari 1994 werd de BOPZ van kracht. Zij versterkt het zelfbeschikkingsrecht van psychiatrische patiënten en van sommige bewoners van verpleegtehuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten inzake gedwongen opname. Daarnaast wordt in de BOPZ de interne rechtspositie van opgenomen patiënten beter geregeld. De BOPZ stelt dat een opname in een psychiatrisch ziekenhuis zonder tussenkomst van de rechter alleen mogelijk is wanneer de patiënt 'blijk geeft van de nodige bereidheid' tot een opname. Onder de KZ-wet was 'het zich niet verzetten' reeds voldoende voor een 'vrijwillige opname'. Een gedwongen opname via een inbewaringstelling of machtiging is alleen mogelijk wanneer (1) er onvoldoende bereidheid daartoe bij de patiënt aanwezig is, (2) de patiënt gestoord is in zijn geestesvermogens, (3) deze stoornis hem en/of zijn omgeving in gevaar brengt en (4) dit gevaar niet kan worden afgewend door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis.

Eenmaal opgenomen binnen een ziekenhuis kan de patiënt slechts worden behandeld op basis van een behandelplan waarmee hij heeft ingestemd. Alleen afwending van direct gevaar is een rechtvaardigingsgrond voor de toepassing van dwang daarbij.

Naast dwangbehandeling kent de BOPZ een aantal middelen en maatregelen (M & M) die slechts gedurende maximaal zeven dagen onder dwang mogen worden toegepast ter overbrugging van noodsituaties die onmiddellijk ernstig gevaar opleveren. Wil men na zeven dagen doorgaan met de toepassing van deze middelen en maatregelen, dan moeten ze onderdeel uitmaken van het behandelplan, waarvoor de patiënt toestemming moet geven.

### Professionele dilemma's

De versterking van het recht op zelfbeschikking heeft voor menig psychiatrische patiënt goed gewerkt. Velen van hen leven tegenwoordig een heel wat humaner leven dan hun lotgenoten in de gestichten van veertig jaar geleden. Maar voor een aantal ernstig zieke psychiatrische patiënten brengt dit toegenomen recht met zich mee dat ze aan zorg te kort komen. Door de drempelverhoging voor opname in een APZ en een te positieve inschatting van de bereidheid van onze samenleving om geesteszieken op te nemen (Brockington e.a. 1993) raken deze patiënten van de regen in de drup. In een asiel of psychiatrisch ziekenhuis is het immers warmer en veiliger dan op straat, en het eten is er beter dan dat wat zij vinden in de vuilnisbak. Voor deze categorie patiënten is daarmee de cirkel rond. Hun levensomstandigheden in de jaren negentig van onze eeuw zijn niet zo veel anders dan die in de tijd van Pinel. Zij pendelen weer onder mensonwaardige omstandigheden tussen de hoek van de straat en de politiecel.

Dat de drempel voor opname in een APZ voor sommigen van hen te hoog is geworden, blijkt uit kranteberichten. Onder de kop 'Felle kritiek op "weigerachtige" psychiatrie' werd in de *Arnhemse Courant* (02-12-1992) verslag gedaan van de moeite die het een advocate kostte om een cliënt in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen te krijgen. De manier waarop de GGZ op haar verzoek reageerde, noemde ze schandalig. APZ'en en hulpverleners zijn met zulke publiciteit uiteraard niet gelukkig. Zij zitten tussen twee vuren, dat van te veel en dat van te weinig respect voor het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Dit wordt geïllustreerd in twee andere kranteberichten. Het ene ging over een ernstig incident dat bekend is geworden als 'het drama van de Vrolikstraat'. Een meisje van twaalf jaar werd op weg naar school aangevallen door een man. Deze sloeg haar zodanig met een stuk hout dat ze aan haar verwondingen bezweek. De man was bij de Amsterdamse RIAGG bekend als een 'zorgwekkende zorgmijder'. Deze gebeurtenis riep heftige verontwaardiging op, omdat de psychiatrie te ver zou zijn gegaan in haar respect voor het zelfbeschikkingsrecht van iemand die dit recht klaarblijkelijk niet kon hanteren. Maar ook het tegenovergestelde komt voor, getuige een ander krantebericht waarmee het APZ St. Willibrord in het nieuws kwam. Dit ging over het jarenlang achtereen separeren van een agressieve patiënt. Ook dit bericht riep verontwaardigde reacties uit de samenleving op omdat zo'n bejegening niet meer zou passen in deze tijd.

In de BOPZ is de grens tussen het recht van een patiënt op zelfbeschikking en de mogelijkheden om hem tegen zijn wil op te nemen en te behandelen verschoven in de richting van het zelfbeschikkingsrecht. De nieuwe wet vraagt van hulpverleners dat ze hun professionele normen bijstellen. Waar de grens nu precies ligt tussen 'wél doen of niet doen' (NRV 1992) is soms moeilijk te bepalen, zoals blijkt uit de volgende drie praktijkvoorbeelden.

### Behandel mogelijkheden bij afwezigheid van direct gevaar

Een niet-psychotische patiënt met een manisch-depressieve stemmingsstoornis, die al jaren vrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen, geeft op een bepaalde ochtend aan de verpleging ondubbelzinnig te kennen niet meer uit bed te willen. Alle pogingen om hem te overreden toch op te staan, blijven vruchteloos. Voor hem hoeft het allemaal niet meer. Deze situatie duurt een aantal dagen. Het team staat voor een ethisch dilemma. Het moet kiezen

tussen twee kwaden, de patiënt legaal verwaarlozen of hem illegaal behandelen. Vanuit het respect voor zijn zelfbeschikkingsrecht mogen verpleegkundigen hem niet fysiek dwingen uit bed te komen. Hij is vrijwillig opgenomen en ook na een aantal dagen in bed liggen is er geen sprake van direct gevaar. Maar het behandelteam realiseert zich tegelijk dat deze vorm van respect voor het zelfbeschikkingsrecht ook betekent dat het vanuit het oogpunt van zorg de patiënt verwaarloost. Uit eerdere ervaringen met deze patiënt weet het team dat deze patiënt zich snel beter voelt wanneer hij maar eenmaal uit bed is. In de praktijk zal de ethische keuze vaak vallen op fysieke 'hulp' bij het opstaan, omdat de patiënt daarvan waarschijnlijk het minste schade ondervindt, ook al is deze keuze misschien onwettig.

#### **Behandel mogelijkheden bij beginnende schizofrenie**

Niet 'het zich daartegen niet verzetten' wettigt een vrijwillige opname maar 'het tonen van blijk van de nodige bereidheid'. Patiënten die deze bereidheid niet tonen worden onder de BOPZ niet opgenomen, tenzij de rechter gevaar vaststelt. Deze drempelverhoging geldt ook patiënten met kortdurende psychotische aanvallen in het kader van een beginnende schizofrenie. Tijdens een psychotische aanval kunnen ze vaak geen bereidheid tot opname tonen. Onder de KZ-wet konden zij meestal zonder rechterlijke maatregel worden opgenomen, omdat ze zich er niet tegen verzetten.

Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat psychotische patiënten met beginnende schizofrenie door een vroegtijdige adequate medicamenteuze behandeling een significant betere prognose op langere termijn hebben dan patiënten die na het uitbreken van de psychose lang zonder medicatie blijven (Lieberman e.a. 1992; McEvoy e.a. 1992; Tsoi e.a. 1991). Het gemiddelde terugvalpercentage in het eerste jaar na een eerste psychotische episode van schizofrenie kan met adequate medicatie worden teruggebracht van 74% naar 16% (Kissling 1992). Een snelle adequate medicamenteuze behandeling van schizofrenie lijkt dus van grote betekenis voor de kwaliteit van leven van de patiënt op langere termijn. Een gedwongen opname is voor zo'n behandeling soms onvermijdelijk, maar is, zonder de aanwezigheid van gevaar, niet gewettigd. Onder de BOPZ is de kans groter geworden dat zulke patiënten in het begin van hun ziekte lang onbehandeld blijven. Het risico op een chronische psychose en een steeds verdergaand sociaal isolement neemt daardoor toe. Pas wanneer er door de ziekte zoveel schade is aangericht dat er gevaar gaat dreigen, is een opname onder dwang gewettigd. Maar de behandelbaarheid van het ziektebeeld is dan beduidend geringer dan in het begin van de ziekte.

#### **Behandel mogelijkheden bij wilsonbekwame patiënten**

Een andere categorie patiënten die onder de BOPZ aan psychiatrische zorg te kort kan komen, zijn de gedwongen opgenomen wilsonbekwame patiënten. Zulke patiënten kunnen alleen worden behandeld op basis van een behandelplan waarmee hun vertegenwoordigers hebben ingestemd. Vertegenwoordigers zullen het voorstel van een behandelaar niet gemakkelijk afwijzen en meestal snel akkoord gaan met het plan dat hun wordt voorgelegd. Om te voorkomen dat de behandelaar in de verleiding komt om daar 'misbruik' van te maken heeft de wetgever een extra bepaling in de BOPZ opgenomen. Een behandeling waarvoor vervangende toestemming is verkregen, mag toch niet worden uitgevoerd wanneer de patiënt zich hiertegen daadwerkelijk verzet, behalve wanneer deze behandeling noodzakelijk is ter afwending van gevaar. Hiermee vraagt de wetgever van behandelaars het verzet van een patiënt die niet wilsbekwaam is toch op te vatten als een wilsdaad. De behandelaar kan daardoor in een ethisch dilemma komen omdat de wilsonbekwame patiënt daardoor het risico loopt niet adequaat behandeld te worden.

## Gezamenlijke verantwoordelijkheid

Soms heeft de keuze tussen 'wél doen en niet doen' gevolgen voor meer partijen dan alleen de patiënt, zoals in het volgende voorbeeld. Een man van 28 jaar, bekend met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, wordt voor de derde keer in drie jaar gedwongen opgenomen in verband met een psychose met agressief gedrag. Hij is een oude bekende van politie en justitie. Evenals bij de twee vorige opnames verbleekt zijn psychose na enkele dagen. Van verdere behandeling wil de man niets weten. Hij wil onmiddellijk met ontslag. Zijn familie is daar doodsbang voor. Zijn moeder zegt te moeten onderduiken wanneer dat zou gebeuren. Er lopen diverse aanklachten tegen hem, maar deze zijn volgens justitie onvoldoende om hem voor langere tijd in detentie te houden. Vanwege zijn gedwongen verblijf op een gesloten afdeling van het ziekenhuis wordt de man steeds agressiever. Medepatiënten en personeel dreigen het vaak te moeten ontgelden. Zij voelen zich steeds minder veilig op de afdeling. Het behandelklimaat voor andere patiënten lijdt onder het gedrag van de man. Hij moet steeds vaker worden gesepareerd. Om hem buiten de separeer te kunnen laten verblijven, moet om veiligheidsredenen telkens een aantal verpleegkundigen van andere afdelingen komen om te assisteren. Het gewone werk op hun eigen afdelingen gaat hieronder lijden. Pogingen om de patiënt over te plaatsen naar een meer gespecialiseerd ziekenhuis mislukken steeds.

Het ziekenhuis moet hier vijf verschillende belangen dienen. Het moet het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt zoveel mogelijk respecteren. Het moet aan zijn behandelverantwoordelijkheid jegens de patiënt voldoen. Het heeft behandelverplichtingen jegens de andere patiënten. Het moet de veiligheid van alle patiënten en personeel binnen het ziekenhuis garanderen. En het moet de samenleving beschermen tegen gevaar dat voortkomt uit de ziekelijke stoornis van de man. Wanneer men de oplossing van zo'n probleem aan het APZ overlaat, zal het waarschijnlijk uiteindelijk voorrang geven aan het waarborgen van een goed behandelklimaat voor opgenomen patiënten die wél een behandeling willen boven zijn custodiale taak met dwang patiënten en de maatschappij te beschermen tegen gevaar dat voortkomt uit psychiatrische stoornissen. Bij zulke complexe problemen is het noodzakelijk dat de rechterlijke macht en de GGZ tot een gezamenlijke oplossing komen vanuit het besef dat recht en psychiatrie wel onderscheiden maar geen tegengestelde belangen dienen. De aanstaande evaluatie van de BOPZ dient vanuit dit besef te worden benaderd.

## Conclusie

De toepassing van dwang kleurt de geschiedenis van de psychiatrie. In de tijd van Pinel kon men niet zonder dwang. Tweehonderd jaar later worstelen we nog steeds met de vraag hoe met dwang om te gaan. Na een periode van te veel dwang in de psychiatrie is daarop een correctie gekomen. De BOPZ versterkt het zelfbeschikkingsrecht van patiënten. Zij lokt daardoor bij psychiaters soms een defensieve beroepshouding uit: niet doen omdat dit bij wet verboden is. Nieuwe behandelmethoden in de psychiatrie, die hun nut voor patiënten bewezen hebben en zorgvuldig op hun werking en bijwerkingen zijn getoetst, rechtvaardigen soms een meer offensieve beroepsethiek: wél doen omdat het gezondheidsbelang van de patiënt daarmee wordt gediend. Dwang daarbij is meer gerechtvaardigd naarmate enerzijds de ziekte het vermogen van de patiënt autonoom te functioneren ernstiger heeft aangetast en anderzijds er meer zekerheid bestaat dat de behandeling de patiënt sneller en beter in staat zal stellen weer gebruik te maken van zijn recht op zelfbeschikking. Zo zijn door de recente kennis over het nut van vroege medicamenteuze therapie van patiënten met beginnende schizofrenie grenscorrecties in de BOPZ nodig tussen wat wettelijk wel en niet mag en wat vanuit behandelperspectief wel en niet in het belang is van de patiënt. Enige dwang in de behandeling bij de eerste verschijnselen van schizofrenie verkleint het risico dat patiënten met deze ziekte in een later stadium met veel meer

dwang moeten worden geconfronteerd. Juristen en hulpverleners moeten daaruit gezamenlijk de consequenties trekken. Tegen een té strak vasthouden aan het geldende gevaarscriterium voor gedwongen opname van hen kunnen zowel op therapeutische als juridische gronden bezwaren worden aangevoerd. Niet alleen het gezondheidsbelang van de patiënt met beginnende schizofrenie wordt erdoor geschaad, maar ook zijn rechtspositie op langere termijn (Kortmann 1993; Legemaate 1994).

#### Literatuur

Brockington, I.F., P. Hall, J. Levings e.a. (1993), *The Community's Tolerance of the Mentally Ill. British Journal of Psychiatry*

, 162, 93-99.

Burg, W. van der, en P. Ippel (1994), *De Siamese tweeling. Recht en moraal in de biomedische praktijk*. Van Gorcum, Assen.

Carp, E.A.D.E. (1973), *Boekbespreking: 'Wie is van hout...'*, van J. Foudraïne. In de 'Geneeskundige Gids', achterzijde van 'Wie is van hout', 25e druk.

Cohen Stuart, M.H. (1983), Psychiatrische hulp in juridisch dwangjak. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 127, 2384-2385.

Foudraïne, J. (1971), *Wie is van hout ... Een gang door de psychiatrie*. Ambo boeken, Bilthoven.

Goffman, E. (1961), *Totale instituties*. Universitaire Pers, Rotterdam.

Kissling, W. (1992), Ideal and Reality of Neuroleptic Relapse Prevention. *British Journal of Psychiatry*, 161, 133-139.

Kortmann, F.A.M. (1993), De BOPZ: de meningsverschillen blijven. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 48, 235-246.

Leenen, H.J.J. (1978), *Rechten van mensen in de gezondheidszorg. Een gezondheidsrechtelijke studie*. Samsom, Alphen aan den Rijn.

Legemaate, J. (1994a), De BOPZ en de vrijwillige opname - Een voorbeeld van ongewenste juridisering. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 49, 668-678.

Legemaate, J. (1994b), Dwangtoepassing op grond van de BOPZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 49, 710-717.

Legemaate, J. (1994c), *Goed recht - De betekenis en de gevolgen van het recht voor de praktijk van de hulpverlening*. Vereniging voor Gezondheidsrecht, Utrecht.

Lieberman, J.A., M.J. Alvir, G.D. Woerner e.a. (1992), Prospective Study of Psychobiology in First-Episode Schizophrenia at Hillside Hospital. *Schizophrenia Bull.*, 18, 351-371.

McEvoy, J.P., N.R. Schooler en W.H. Wilson (1991), Predictors of Therapeutic Response to Haloperidol in Acute Schizophrenia. *Psychopharmacol. Bull.*, 27, 97-101.

Stolk, P. (1987), Ongewenste gevolgen van rechtsbescherming in de psychiatrie. *Medisch Contact*, 12, 376-378.

Tsoi, W.F., en K.E. Wong (1991), A 15 Year Follow-Up Study of Chinese Schizophrenic Patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 217-220.

*Wélldoen of niet doen. Zorgvuldig handelen bij toepassing dwang en drang in de geestelijke gezondheidszorg.* Discussienota (1992). Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer.

**Summary:**

**The BOPZ, a new Dutch Mental Health Act, enhances the right of the patient to self-determination and partially restricts the application of compulsory admission. At present this right to self-determination has such a priority that the right of the patient to health care could be endangered, according to some psychiatrists. The BOPZ forces psychiatrists to formulate new answers to the question: ‘to act or not to act’. The BOPZ might tempt them to a defensive answer: do not act, as it is not allowed, as there is no danger. However, their Code of Practice might call them to an answer more offensive in nature: to act because this is in the interest of the patient. Compulsory admission and treatment are inversely related to the ability of the patient to function autonomously. Treatment of a mental illness might help the patient to get into a better position to use his right to self-determination.**

De auteur is als hoogleraar psychiatrie verbonden aan de Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 12-4-1995.