

# De psychiater en de BOPZ: maatschappijhoeder of behandelaar?

*door W.M.J. Hassing, T.V. van Lent en M. van der Velden*

**Gepubliceerd in 1995, no. 5**

## Samenvatting

**Aan de hand van een casus worden de verschillende en soms oneigenlijke rollen van de psychiater binnen de procedures van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) belicht. In relatie daarmee wordt de positie van de psychotische patiënt besproken. De invalshoek is de wettelijke mogelijkheid tot gedwongen behandeling. Men kan betwijfelen of hiermee de behandelingsmogelijkheden van de psychotische patiënt wel worden verruimd.**

## Inleiding

Op 17 januari 1994 is de invoering van de Wet BOPZ een feit geworden. In deze opvolger van de Krankzinnigenwet van 1884 is veel veranderd voor wat de in- en externe rechtspositie van onvrijwillig opgenomen patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis betreft.

In de Krankzinnigenwet van 1884 was vastgelegd dat een gedwongen opname in het belang van de patiënt diende te zijn. In de BOPZ en in de jurisprudentie voorafgaande aan de invoering van de wet vormt echter gevaar, veroorzaakt door de patiënt, de legitimatie van de gedwongen opname. Het bestwilcriterium van de Krankzinnigenwet is vervangen door het gevaarscriterium van de BOPZ. Over de interpretatie van het dit criterium door psychiaters wordt veel gediscussieerd en gepubliceerd door psychiaters, juristen en andere onderzoekers binnen de geestelijke gezondheidszorg (Kaasenbrood 1988; van Ginneken 1993; Janssen en Donker 1989).

De interne rechtspositie van patiënten is in de BOPZ duidelijk versterkt, onder meer door het klachtrecht. Dit geeft de patiënt de mogelijkheid om een klacht in te dienen over zijn verblijf of zijn behandeling bij het bestuur van de instelling of bij een door het bestuur ingestelde klachtencommissie.

In de BOPZ worden voor het eerst twee soorten gevaar onderscheiden. Ten eerste wordt het gevaar genoemd dat gedwongen opname en verblijf legitimeert, ten tweede het gevaar - nu met de toevoeging 'ernstig' - dat gedwongen behandeling mogelijk maakt. Voor het invoeren van de BOPZ was er geen wettelijke legitimatie voor dwangbehandeling.

Deze wettelijke mogelijkheid tot gedwongen behandeling hebben wij als invalshoek gekozen voor dit artikel. Aan de hand van een casus doen wij verslag van onze eerste ervaringen hiermee binnen de BOPZ en tevens van onze rol als psychiater in dat verband.

## Casus

Begin 1994 wordt een 33-jarige man opgenomen met een inbewaringstelling, later voortgezet in een voorlopige machtiging. De patiënt is paranoïed-psychotisch, had een vrouw bedreigd met geweld en had materiële schade aangericht. Hij was nooit eerder opgenomen geweest. Wel was hij het jaar tevoren enkele malen op de RIAGG gezien. Telkens bleek hij paranoïed-psychotisch en telkens werd aangeboden hulp geweigerd. In diezelfde periode waren er diverse politiecontacten geweest naar

aanleiding van overlast en bedreiging in de woonomgeving.

Bij opname zegt patiënt al jaren te worden beïnvloed door middel van gedachteninbreng en -onttrekking, waartegen hij zich te weer moet stellen. Bij het psychiatrisch onderzoek vallen met name zijn uitgebreide beïnvloedingswanen en betrekkingsideeën op. De stemming is dysfoor met een geladen affect. Er is geen enkel ziektebesef.

Vanaf het begin van de opname wil de patiënt slechts spreken over zijn ontslagwens. Ten gevolge van ontbrekend ziektebesef en zijn persisterende paranoïde wanen weigert hij medicatie en elke andere vorm van therapie. Twee maal is er sprake van dreigende fysieke agressie, waarbij separatie noodzakelijk is. De diagnose is gesteld op chronisch paranoïde schizofrenie.

Gezien het voortduren van de psychose, waarbij patiënt duidelijk lijdt onder zijn heftige psychotische angsten, alsook het gevaar van agressie binnen en buiten de instelling, wordt besloten tot gedwongen medicamenteuze behandeling.

Op dat moment dient de patiënt met hulp van de patiëntenvertrouwenspersoon en zijn advocaat een klacht in bij de klachtencommissie van de instelling tegen gedwongen behandeling. In afwachting van de behandeling van de klacht wordt de toediening van de medicatie uitgesteld.

De klachtencommissie acht de klacht gegrond met als argument dat er geen sprake is van ernstig gevaar.

### **Discussie**

Deze casus illustreert de mogelijke lotgevallen van een chronisch psychotische patiënt en van een psychiater binnen de praktijk van de BOPZ.

De psychiater krijgt binnen deze wet verschillende rollen toebedeeld. Allereerst is dat de rol van getuige-deskundige. Die komt voor op het moment dat de niet tot opname bereidwillige patiënt onderzocht wordt ten behoeve van het opstellen van een geneeskundige verklaring voor een gedwongen opname met een inbewaringstelling of voorlopige machtiging. Hierbij moet een psychiatrische stoornis (voorlopige machtiging) of het ernstig vermoeden hiervan vastgesteld worden (inbewaringstelling) en moet er een relatie zijn met het geconstateerde gevaar, wat in het geval van een inbewaringstelling acuut moet zijn.

Er is veel discussie over de deskundigheid van de psychiater ten aanzien van het voorspellen van gevaar (Kaasenbrood 1988; Janssen en Donker 1989). Het is wenselijk om binnen de beroepsgroep daarover meer consensus te bereiken (Van Marle 1986, 1992). Dit zal de kwaliteit van de geneeskundige verklaringen ten goede komen.

Eerder voorgekomen gevaarlijk gedrag bleek overigens een goede voorspeller te zijn van toekomstig gevaarlijk gedrag (Tuinier 1989) en is als zodanig een valide criterium bij het opstellen van geneeskundige verklaringen. Wellicht kan dit ook een goed uitgangspunt zijn bij de verdere consensusontwikkeling.

De psychiater als getuige-deskundige zal behalve het gevaarscriterium ook in bepaalde mate het bestwilcriterium hanteren. Het behandelaspect van een eventuele gedwongen opname zal zeker meespelen bij de beoordeling. Het psychiatrisch ziekenhuis is een instelling die zich in eerste instantie niet met maatschappijbeveiliging bezighoudt, maar vooral met de behandeling van patiënten met psychiatrische ziektes.

Nadat de gedwongen opname is gerealiseerd, wordt de patiënt gehoord door de rechter. Hierbij wordt aan de behandelend psychiater gevraagd aan te geven of er nog sprake is van een stoornis en gevaar. In feite begeeft hij zich op dit punt van de BOPZ snel op het terrein van de officier van justitie, tenminste als de patiënt nog steeds gevaarlijk is. Bij de zitting kan vrij gemakkelijk de situatie ontstaan van een tweepartijstrijd, waarbij de behandelend psychiater de rol van aanklager krijgt door de patiënt 'gevaarlijk' te noemen. De advocaat zal immers in de regel namens de patiënt gevaar en/of stoornis afzwakken of ontkennen. De behandelrelatie kan door deze rolverdeling tijdens de zitting ernstig verstoord raken.

Het toegenomen beveiligingsaspect van de gedwongen opname ten gevolge van het vervangen van het bestwilcriterium door het gevaarscriterium zou de aanwezigheid van de officier van justitie bij de zitting zeker rechtvaardigen. Op die manier zou de behandelend psychiater zich duidelijker kunnen opstellen als behandelaar (Van Ginneken 1993) en niet juridisch stelling hoeven te nemen tegenover zijn patiënt.

Als de patiënt die gedwongen opgenomen is, behandeling weigert, dient er sprake te zijn van een 'ernstig gevaar' om behandeling zonder toestemming mogelijk te maken. Het verschil tussen de begrippen 'gevaar' en 'ernstig gevaar' is vooralsnog onduidelijk. Jurisprudentie daaromtrent van na de datum van invoering van de BOPZ is tot nu toe beperkt tot twee uitspraken van de arrondissementsrechtbanken van Haarlem (op 13 april 1994) en Maastricht (op 22 april 1994), waarbij in beide gevallen medicamenteuze dwangbehandeling werd toegestaan in verband met voedselweigering. Vooruitlopend op de BOPZ was er over dwangbehandeling binnen de Krankzinnigenwet geen eenduidige jurisprudentie (Krul-Steketee 1991).

'Ernstig gevaar' wordt in de parlementaire stukken betreffende de wet onderscheiden van het gevaar dat tot opname heeft geleid. Het zou moeten gaan om gevaar dat de patiënt veroorzaakt binnen het ziekenhuis, blijkend uit concrete handelingen of gedragingen van de zich tegen behandeling verzettende patiënt (Legemaate 1994).

Het vaststellen van ernstig gevaar is binnen de BOPZ de taak van de behandelend psychiater, die daarmee nu ten tweeden male als een officier van justitie zijn behandelrelatie met de patiënt op de proef dient te stellen, alvorens te kunnen behandelen. Voor de patiënt staat vervolgens de weg open om via het klachtrecht de dwangbehandeling aan te vechten, de tweepartijstrijd nieuw leven inblazend.

Met name de schizofrene patiënt kan onzes inziens nogal eens het slachtoffer worden van het toegenomen patiëntenrecht van de BOPZ.

De opmerking dat schizofrenie gepaard kan gaan met ontbrekend ziektebesef en dus vaak met een weigering tot behandelen is een open deur, maar nergens in de wet wordt daarmee rekening gehouden. De wetgever stelt het recht op vrijheid centraal, maar laat, wat de psychotische patiënt betreft, de psychotische onvrijheid bepalend zijn (Stolk 1987).

Op het moment dat er al dan niet na juridische toetsing, niet behandeld mag worden, is men wel wettelijk verplicht de patiënt opgenomen te houden, zolang er sprake is van stoornis en gevaar. Het kan op deze manier het lot zijn van de opgenomen psychotische patiënt om voor onbepaalde tijd 'in hechtenis' te worden gehouden. De rol van de psychiater wordt hierbij niet anders dan die van een gevangenebewaarder.

Het optimisme bij vele psychiaters dat met de wettelijke mogelijkheid tot dwangbehandeling meer psychotische patiënten behandeld kunnen gaan worden, kan van korte duur zijn. De interpretatie van het criterium 'ernstig gevaar' is immers vooralsnog onduidelijk. De psychiater krijgt ook oneigenlijke rollen binnen de procedures van de BOPZ, waardoor de behandelrelatie ernstig verstoord kan raken. Ten slotte komen psychiater én patiënt in een onmogelijke situatie, wanneer dwangbehandeling niet wordt toegestaan. Een en ander zou er toe kunnen leiden dat er niet meer, maar minder psychotische patiënten behandeld kunnen worden.

De gevolgen van een dergelijke ontwikkeling kunnen schrikbarend zijn. Opnameafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen zouden bevolkt kunnen raken met psychotische patiënten die gevaarlijk genoeg zijn voor gedwongen opname en verblijf, maar niet gevaarlijk genoeg voor gedwongen behandeling. Door capaciteitsproblemen kunnen in dat scenario minder patiënten worden opgenomen. Daardoor blijven er meer in de maatschappij rondlopen om ook daar wellicht met het recht in aanraking te komen - maar dan met het strafrecht. De constatering dat steeds meer psychotici in huizen van bewaring verblijven in plaats van in psychiatrische ziekenhuizen, als resultaat van het in gebreke blijven van de intra- en extramurale psychiatrische zorg (Beyaert 1994), zal misschien in steeds verdere mate van toepassing zijn. Dit houdt echter niet alleen verband met de kwaliteit van de zorg, maar ook met de verdergaande juridisering van deze zorg, die onvoldoende rekening houdt met de aard van psychotische stoornissen.

### **Conclusie**

Het zou kunnen zijn dat door de wettelijke mogelijkheid tot dwangbehandeling de behandel mogelijkheden voor psychotische patiënten niet zijn verruimd, maar juist beperkt. Het vooralsnog kunstmatige onderscheid tussen 'gevaar' en 'ernstig gevaar' zou ertoe kunnen leiden dat patiënten voor onbepaalde duur opgenomen moeten blijven, maar niet behandeld mogen worden. De verschillende rollen die de psychiater binnen de procedures toebedeeld krijgt, kunnen de behandelrelatie ernstig verstoren.

De beroepsgroep moet zich deze feiten realiseren. Ze zal voorstellen dienen te ontwerpen waarin procedures binnen de BOPZ zodanig zullen zijn dat de behandelend psychiater niet op de stoel van de officier van justitie terechtkomt.

Behalve consensusontwikkeling betreffende het begrip 'gevaar' moet er binnen de beroepsgroep ook overeenstemming bereikt worden ten aanzien van behandelnormen van psychotische patiënten. Naast al hun rechten als patiënt hebben zij ook recht op gezondheidszorg.

### **Literatuur**

**Beyaert, F.H.L (1994), *Tijdschrift voor Psychiatrie***

, 36, p. 319-320.

Ginneken, P. van (1993), *'Een zodanig gevaar'*. NcGv, Utrecht.

Janssen, M., en M. Donker (1989), Psychiatrische besluitvorming rond gedwongen opname. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 44, p. 619-633.

Krul-Steketee, J. (1991), Gedwongen medicatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 135, p. 1326-1328.

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

Marle, H.J.C. van (1986), Het voorspellen van gevaarlijk gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 28, B2, p. 1-9.

Marle, H.J.C. van (1992), Voorspellen van gevaarlijkheid: consensus gewenst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, p. 281-290.

Pols, J. (1994), Dwang en rechtvaardiging in de BOPZ: dilemma's in de praktijk. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 49, p. 635-650.

Stolk, P.J. (1987), Ongewenste gevolgen van rechtsbescherming in de psychiatrie. *Medisch contact*, 42, p. 376-378.

Tuinier, S. (1989), *De psychiater en de wilde man*. Drukkerij Giethoorn, Meppel.

**Summary: The psychiatrist and the Act on formal admissions to psychiatric hospitals (BOPZ): guardian of the society or therapist?**

**Using a case history as illustration, the different and occasionally non-professional roles the psychiatrist fulfils in the procedures of the Act on formal admissions to psychiatric hospitals (BOPZ) is presented. How these roles relate to the position of the psychotic patient is also discussed.**

As a point of reference the legal possibility of involuntary treatment has been chosen.

The question arises whether the new Act creates indeed more treatment possibilities for the psychotic patient.

**De auteurs zijn psychiater, respectievelijk psychiater in opleiding (Psychiatrisch Centrum Bloemendaal, Den Haag) en zenuwarts (RIAGG Zuidhage, Den Haag). Correspondentieadres: Psychiatrisch Centrum Bloemendaal, Monsterseweg 93, 2553 RJ Den Haag.**

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 4-11-1994.