

Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling

Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling

*W. van Tilburg, J.R. van Veldhuizen, E. W. Beijaert,
M.V. van de Ven-Dijkman, C.L. Mulder, P.F.J. Schulte, E.P.K. Sikkens en
A.J. Tholen (NVvP-commissie Richtlijn besluitvorming dwang)*

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, opgericht 17 november 1871

De Tijdstroom, Utrecht

© 2008 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
E-mail: info@nvvp.net
Omslagontwerp: Cees Brake bno, Enschede

Uitgegeven door De Tijdstroom uitgeverij BV, Postbus 775, 3500 AT Utrecht.
Internet: www.tijdstroom.nl
E-mail: info@tijdstroom.nl

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk en uitsluitend bij de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie aanvragen.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Deze richtlijn is geen standaard die in alle omstandigheden van toepassing verklaard kan worden. Standaarden zijn dwingend en men dient er in principe niet van af te wijken. Van richtlijnen mag in individuele gevallen, mits beredeneerd, afgeweken worden. Ze zijn bedoeld om rationeel klinisch handelen te ondersteunen.

Inhoud

Voorwoord — 7

Hoofdstuk 1 Samenvatting

- 1 Doel — 9
- 2 Kaders — 9
- 3 Onderzoeksresultaten — 9
- 4 Goede documentatie en diagnostiek — 10
- 5 Stoornis in de zin van de Wet Bopz — 10
- 6 Gevaar en causaliteit — 10
- 7 Geen valide risicotaxatie-instrumenten — 11
- 8 Keuze van een Wet Bopz-maatregel — 11
- 9 Opstellen geneeskundige verklaring — 12
- 10 De psychiater is verantwoordelijk voor behandeling — 12
- 11 De interne rechtspositie — 12
- 12 Behandelbaar is bestuursorgaan — 13
- 13 Dwangmedicatie, ECT en separatie — 13
- 14 Verlenen van ontslag — 14

Hoofdstuk 2 Inleiding

Hoofdstuk 3 Waarom een richtlijn?

- 1 Aanleiding — 21
- 2 Probleemstelling — 22
- 3 Doelstelling — 23
- 4 De patiëntengroep van deze richtlijn — 24
- 5 Gebruikers van de richtlijn — 25
- 6 Leeswijzer — 26
- 7 Samenvatting — 27
- 8 Overzicht van samenhang tussen aanbevelingen en conclusies — 28

Hoofdstuk 4 Kaders en gegevens uit onderzoek

- 1 Vier kaders voor dwangtoepassing — 30
- 2 Gegevens uit onderzoek — 38

Hoofdstuk 5 Onderzoek en risicotaxatie

- 1 Psychiatrisch onderzoek: vormgeving en uitvoering — 53
- 3 Psychiatrisch onderzoek: specifiek — 65
- 4 Risicotaxatie — 82

Hoofdstuk 6 Besluiten en aanvragen

- 1 Besluitvorming: dwangopneming of niet? — 87
- 2 Kiezen uit Wet Bopz-maatregelen — 89
- 3 Het gedwongen vervoer — 101

Hoofdstuk 7 Het opstellen van de geneeskundige verklaring

- 1 Opstellen van de geneeskundige verklaring — 106
- 2 Wat moet er nu precies in de verklaring staan? — 108

Hoofdstuk 8 Bij de rechter en de klachtencommissie

- 1 De psychiater in drie rollen — 114
- 2 De psychiater voor de rechter — 116
- 3 De aangeklaagde psychiater — 117

Hoofdstuk 9 Dwangtoepassing na het besluit tot gedwongen opname

- 1 De wettelijke regeling van de interne rechtspositie en de specifieke verantwoordelijkheid van de psychiater — 120
- 2 Behandeling en algemene procedurele overwegingen — 123
- 3 Het toepassen van dwangbehandeling (artikel 38.5) — 126
- 4 Het medische handelen ten tijde van dwangbehandeling — 131
- 5 Medisch handelen bij niet instemmen met behandeling van somatische aandoeningen — 139
- 6 Het toepassen van middelen of maatregelen (artikel 39) — 141
- 7 Medisch handelen in het kader van middelen en maatregelen — 143
- 8 Overige beperkende maatregelen — 149
- 9 Verlof — 151

Hoofdstuk 10 Opheffen Wet Bopz-maatregel en voorwaardelijk ontslag

- 1 Het beëindigen van een Wet Bopz-maatregel; ontslag — 153
- 2 Ontslag onder voorwaarden; intrekken voorwaardelijk ontslag — 154
- 3 Het afronden van een Wet Bopz-maatregel: evalueren — 155

Samenstelling Commissie Richtlijn besluitvorming dwang — 157

Bijlagen — 159

Literatuur — 233

Lijst van jurisprudentie — 243

Voorwoord

Voor u ligt de *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*. Deze richtlijn over een belangrijke taak van psychiaters is vervaardigd in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Bij het opstellen van deze richtlijn is de complexiteit en breedte van het onderwerp in zijn volle omvang duidelijk geworden. De richtlijn is daarom slechts te beschouwen als een stap voorwaarts in een continu proces waarin de psychiater op zo transparant en verantwoord mogelijke wijze besluiten neemt over het toepassen van dwang. De richtlijn draagt zo hopelijk bij aan een kwalitatief hoogwaardige zorg die psychiaters gehouden zijn te geven aan hun patiënten.

Wetswijziging per 1 juni 2008

Op 1 juni 2008 zijn enkele bepalingen in de Wet Bopz gewijzigd (nr. 30.492). Deze richtlijn preludeert op deze wetswijziging, echter voor uitgebreidere informatie over de wetswijziging wordt verwezen naar de *Nieuwsbrief Wetgeving* van GGZ Nederland van augustus 2008, zie bijlage 11. De consequenties voor de besluitvorming zijn op hoofdpunten verwerkt, maar de details van de procedure konden niet meer verwerkt worden.

De commissie Richtlijn besluitvorming dwang heeft zich in haar werkzaamheden gesteund gevoeld door tal van bijdragen op bijeenkomsten waar concepten en onderdelen van de richtlijn besproken zijn. De opgeworpen punten hebben geleid tot verandering van keuzen, aanscherpingen en correcties in teksten. De commissie wil graag eenieder die een bijdrage heeft geleverd aan de gedachtevorming danken, in het bijzonder de vertegenwoordigers van de patiënten- en familieverenigingen Anoksis, Stichting Labyrint~In Perspectief, Ypsilon en Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen. Een speciaal woord van dank gaat uit naar de adviseurs van de commissie en naar mr.drs. R. Zuijderhoudt voor zijn visie op het stoornisbegrip en mr.drs. T.P. Widdershoven voor zijn attenderen op de verschillen in regelgeving voor de externe en interne rechtspositie van de patiënt in de Wet Bopz. Daardoor kreeg de commissie nog meer oog voor de verschillende rollen van de psychiater bij de besluitvorming over dwang. Ook dr. A.J.K. Hondius zeggen wij dank voor zijn bijdrage aan de meningsvorming over diverse onderdelen van de richtlijn.

Het is, omdat het om een gecompliceerde stof gaat, een omvangrijke tekst geworden. Daarom zijn voor de overzichtelijkheid sommige onderdelen als bijlagen opgenomen. De commissie wenst u veel leesplezier toe.

Willem van Tilburg, voorzitter

Hoofdstuk 1

Samenvatting

1 Doel

Het doel van deze richtlijn is psychiaters hulp bieden bij de besluitvorming over de toepassing van dwang in de psychiatrie, en dan vooral in het kader van de toepassing van de Wet Bopz. De psychiater vervult verschillende rollen. In het bijzonder moeten onderscheiden worden: de behandelend psychiater en de beoordelend en verklarend psychiater.

2 Kaders

Het toepassen van dwang moet opgevat worden als een bijzonder aspect van een medische interventie binnen een juridische, ethische en maatschappelijke context. De daarvoor geschapen kaders zijn niet altijd verenigbaar. Toepassing van de algemene juridische principes van subsidiariteit, doelmatigheid en proportionaliteit kan helpen impassen te overbruggen. Dwangtoepassing blijft individueel maatwerk: men zal er nooit protocolair mee kunnen omgaan. De psychiater is gehouden ook bij toepassing van dwang te streven naar het onderhouden van een arts-patiëntrelatie zoals voorgeschreven door de WGBO.

3 Onderzoekresultaten

Onderzoek heeft geleerd dat het aantal dwangopnamen de laatste tien jaren percentueel verdubbeld is. De jurisprudentie laat zien dat er tussen rechter en psychiater zelden principiële discussies gevoerd worden over de aard en/of de ernst van het gevaar: het centrale criterium voor toepassing van de Wet Bopz. Verder blijkt dwangtoepassing niet te verhinderen dat er bij een meerderheid een positief gekleurde behandelrelatie ontstaat en blijft bestaan, in kwaliteit en duur vergelijkbaar met die bij vrijwillig opgenomen patiënten. Dat neemt niet weg dat een substantiële minderheid een negatief oordeel houdt. Respectvolle bejegening kan daarop een gunstige invloed hebben. Qua effect op symptomen en kwaliteit van leven doet gedwongen behandeling niet onder voor vrijwillige behandeling. Dat is het beste onderzocht voor psychofarmaca en ECT.

4 Goede documentatie en diagnostiek

In de eerste fase van het proces van dwangtoepassing gaat het om maatregelen als een dwangopname of een voorwaardelijke machtiging. De psychiater vervult daarin de rollen van de initiator van het proces en/of van de onafhankelijk deskundige die een geneeskundige verklaring opstelt ter ondersteuning van het verzoek van de officier van justitie aan de rechter. De psychiater dient goed te documenteren waarom hij doorgaat met, of juist afziet van het initiëren van het proces, of het afgeven van een verklaring. Centraal hierbij is de diagnostiek van de aanwezige stoornis, het gevaar, de relatie tussen die twee, het gebrek aan alternatieve oplossingen en het gebrek aan bereidheid bij de patiënt om zich te laten behandelen en/of opnemen.

5 Stoornis in de zin van de Wet Bopz

De stoornis moet een stoornis zijn in de zin van de Wet Bopz zijn, dat wil zeggen een *true mental disorder*. Er moet sprake zijn van een zodanige ontwrichting van (de samenhang tussen) denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen, dat de patiënt wat betreft het daardoor veroorzaakte gevaar beschouwd moet worden als een ‘willoos werktuig’. Vele en diverse stoornissen kunnen soms aan een dergelijk criterium voldoen: niet alleen schizofrenie of een bipolaire stoornis, maar ook verslavingen, eetstoornissen, angststoornissen en soms ook persoonlijkheidsstoornissen. Als een psychiater van een dergelijk verband overtuigd is, moet hij, als hij bijvoorbeeld een dwangopname geïndiceerd acht, niet aarzelen een goed onderbouwde geneeskundige verklaring te overleggen. Enerzijds moet daarin staan waarom hij toepassing van dwang geïndiceerd acht, anderzijds moet hij niet aarzelen zijn tegenargumenten en twijfels te verwoorden. Uiteindelijk beslist immers de rechter.

6 Gevaar en causaliteit

Dat geldt ook bij het omschrijven van het gevaar. Naast de klassieke gevaren voor eigen leven of dat van een ander, zijn tegenwoordig ook minder uitgesproken gevaren geaccepteerd geraakt, zoals zelfverwaarlozing, maatschappelijke teloorgang en dergelijke. De toename van dwangmaatregelen is zelfs grotendeels aan deze soorten gevaar te danken. Ook hier moet de psychiater, als hij ervan overtuigd is dat een gedwongen opname geïndiceerd is, niet aarzelen de procedure daarvoor te starten. Bij een desondanks blijvende twijfel over de juridische haalbaarheid, moet de psychiater

niet op de stoel van de rechter gaan zitten, maar doorgaan met de procedure en de rechter laten oordelen. Overigens moet het causale verband tussen stoornis en gevaar, als het eenmaal is vastgesteld, bij een gedwongen opname en/of behandeling van langere duur regelmatig worden geëvalueerd, zeker als gedragsstoornissen ondanks een verder succesvolle behandeling van de stoornis blijven bestaan.

7 Geen valide risicotaxatie-instrumenten

Uiteindelijk moet de psychiater tot zijn beslissing inzake advisering over dwangtoepassing komen na een compleet psychiatrisch onderzoek, waarin het klinische oordeel bepalend is. Er zijn, behalve in de forensische psychiatrie, nog geen voldoende valide risicotaxatie-instrumenten voor de psychiatrische patiënt in het algemeen beschikbaar voor het voorspellen van de kans op de klassieke soorten gevaar, zoals gevaar voor suicide of gevaar voor geweld gericht tegen anderen, die het klinische oordeel zouden kunnen vervangen. Zij kunnen wel gebruikt worden om systematisch risicofactoren uit te vragen. De weging daarvan in een individueel geval – en dan vooral met het oog op de toepassing van dwang – blijft echter een proces vol onzekerheden, waarbij de meest ervarene zich regelmatig in zijn predicties vergist. Voor de andere soorten gevaar zijn nog nauwelijks instrumenten ontwikkeld.

8 Keuze van een Wet Bopz-maatregel

Bij de keuze van de maatregel die men aanvraagt, dient men in het algemeen het principe van *stepped care* te volgen: de minst ingrijpende vormen van dwang eerst. Te denken valt aan het beginnen met een vorm van ambulante drang, de zogeheten voorwaardelijke machtiging. Onderzoek heeft aannemelijk gemaakt dat deze als een effectieve maatregel mag worden beschouwd die de voorkeur verdient boven maatregelen die gepaard gaan met een gedwongen opname, tenzij een patiënt dat anders beleeft. Andere maatregelen die overwogen kunnen worden alvorens een voorlopige machtiging aan te vragen, zijn de zelfbindingsmachtiging en de machtiging op eigen verzoek. In het algemeen moet men echter niet te dogmatisch zijn: het kiezen van een bepaalde maatregel moet gestuurd worden door overwegingen van subsidiariteit, doelmatigheid en proportionaliteit alsmede de wijze waarop de patiënt zelf de uiteenlopende maatregelen beleeft.

9 Opstellen geneeskundige verklaring

De geneeskundige verklaring moet opgesteld worden door een psychiater die voldoende bekwaam is en de patiënt zelf heeft onderzocht. Bij spoedeisende situaties waarin een lastgeving tot inbewaringstelling wordt gevraagd, laat de Wet Bopz als er geen psychiater beschikbaar is, de ruimte om ook een (nog) niet in de psychiatrie gespecialiseerde arts een verklaring te laten opstellen. Dit staat op gespannen voet met het Europese recht. Een noodoplossing die juridisch voldoende validiteit bezit, bestaat eruit om de met een dergelijke verklaring opgenomen patiënt zo snel mogelijk door een psychiater te laten onderzoeken.

10 De psychiater is verantwoordelijk voor behandeling

De onder dwang opgenomen patiënt heeft recht op een behandelplan dat volgens de formulering van de Wet Bopz moet worden opgesteld door de voor de behandeling verantwoordelijke persoon. Tevens dient bij iedereen volgens de Wet Bopz en de opvatting van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de wilsbekwaamheid te worden vastgesteld. De commissie vindt dat dit ook voor de behandelingsrelatie een meerwaarde heeft. Er zijn sterke kwaliteitsargumenten om te stellen dat de 'behandelend persoon' (de behandelaar) die dwang toepast in de ggz, een psychiater moet zijn. Datzelfde geldt voor de geneesheer-directeur.

11 De interne rechtspositie

Bij de opgenomen patiënt kunnen allerlei vormen van dwang worden toegepast. Het is een eigenaardigheid van de Wet Bopz dat de rechtsbescherming van de niet opgenomen patiënt, de zogeheten externe rechtspositie, totaal anders geregeld is dan die van de opgenomen patiënt, de zogeheten interne rechtspositie. Bij de niet opgenomen patiënt staat de behandelaar bij de toepassing van dwang op afstand; de rechter beslist na toetsing vooraf. Bij de opgenomen patiënt besluit de behandelaar. Hij kan achteraf getoetst worden, vooral als er klachten zijn; maar in de praktijk zal hij vaak niet getoetst worden. Weliswaar moet een en ander gemeld worden aan de geneesheer-directeur en de inspectie, maar dat blijft meestal beperkt tot een administratieve procedure. Het is daarom uit het oogpunt van kwaliteit en zorgdragen voor voldoende afstand, volgens de commissie, aangegeven om bij de geringste twijfel niet te aarzelen met het vragen van een second opinion bij de geneesheer-directeur of een niet bij de behandeling betrokken, onafhankelijk collega.

12 Behandelaar is bestuursorgaan

De behandelaar, naar de overtuiging van de commissie in de ggz dus noodzakelijkerwijs een psychiater, moet als hij dwangbehandeling toepast, in deze positie beschouwd worden als een zogeheten 'bestuursorgaan'. Dat heeft belangrijke gevolgen voor de wijze waarop de besluiten genomen en uitgevoerd worden. Het betekent dat hij gehouden is aan een zorgvuldige, de principes van proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit respecterende besluitvorming, waarbij hij tevoren hoor en wederhoor toepast, alsmede het besluit transparant motiveert en schriftelijk mededeelt aan de patiënt. Hoewel niet zo duidelijk aangegeven in de wettekst, dient naar de mening van de commissie niet alleen de dwangbehandeling, maar ook de toepassing van middelen en maatregelen alsmede het verder opleggen van beperkende maatregelen onder de directe verantwoordelijkheid van de psychiater te vallen.

13 Dwangmedicatie, ECT en separatie

De gedwongen toepassing van medicatie of elektroconvulsiotherapie (ECT) is, als men afgaat op de evidentie uit de literatuur, niet alleen even effectief als de vrijwillige toepassing daarvan, maar er is ook geen bewijs voor een schadelijke invloed op de therapietrouw of voor het veroorzaken van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Er zijn geen echte alternatieven die als gedwongen behandeling toepasbaar zijn. Separatie bijvoorbeeld is alleen in het kader van de toepassing van middelen en maatregelen een alternatief voor noodmedicatie. Uit onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de patiënten de voorkeur geeft aan medicatie boven separatie, als noodingreep. Dat betekent echter ook, dat een substantieel deel van de patiënten de voorkeur geeft aan separatie boven noodmedicatie. Het is aangewezen dat te respecteren.

Separatie is echter geen alternatief voor medicamenteuze dwangbehandeling; het therapeutische effect daarvan is zelfs nooit aannemelijk gemaakt: het is een beveiligingsmaatregel, die men soms noodgedwongen moet opnemen in het behandelplan als zij langer dan zeven dagen moet duren. Langer durende separaties wijzen op een vastgelopen of niet effectieve therapie en vragen uitgebreide evaluatie en een second opinion. Er komen steeds meer aanwijzingen dat separeren zeer traumatisch kan werken, en de oorzaak kan zijn van een PTSS. In het algemeen is het aan te bevelen de toepassing van middelen en maatregelen altijd te evalueren en zich af te vragen of het behandelplan niet moet worden gewijzigd, zodat dergelijke ingrepen voorkomen kunnen worden. De alom in den lande gestarte pro-

jecten separatie en dwangtoepassing in het algemeen tegen te gaan door te investeren in preventieve maatregelen, verdienen alle steun.

14 Verlenen van ontslag

Het verlenen van ontslag moet altijd een beslissing van de geneesheer-directeur zijn, waarbij hij geadviseerd wordt door de behandelend psychiater. Verder is het aan te bevelen om, als men een ontslag onder voorwaarden verleent, zich te realiseren dat men om dat te kunnen intrekken, niet hoeft te wachten tot er een noodsituatie is ontstaan. Men kan daar al toe overgaan wanneer iemand zich niet aan de voorwaarden houdt. Op tijd iemand weer opnemen kan zo een nodeloze escalatie voorkomen.

Hoofdstuk 2

Inleiding

Besluitvorming over toepassing van dwang is een van de vele interventies waarvoor de psychiater (mede) verantwoordelijkheid draagt. In de context van alle behandelingen en besluiten komt dwang relatief weinig voor, maar naar impact en vereiste zorgvuldigheid neemt dwang een prominente plaats in. Besluitvorming over de toepassing moet daarom helder beargumenteerd en goed onderbouwd zijn.

Deze *Richtlijn Besluitvorming dwang: opname en behandeling* richt zich in de eerste plaats op de psychiater die zich een oordeel moet vormen over de wenselijkheid of de noodzakelijkheid om bij een bepaalde psychiatrische patiënt dwang toe te passen. De richtlijncommissie heeft zich daarom zoveel mogelijk beperkt tot die overwegingen die voor deze besluitvorming van belang zijn. Daarbij heeft de commissie zich primair gericht op die aspecten daarvan die binnen de vele vaak uitvoerig beschreven procedures toch nog voor problemen kunnen zorgen.

De commissie heeft niet de bedoeling gehad naast de reeds bestaande literatuur opnieuw een leerboek met een complete beschrijving te bieden van alle vigerende juridische en administratieve procedures. Die zal men daarom tevergeefs in het voorliggende boek zoeken. Basiskennis van de Wet Bopz wordt als bekend verondersteld. Daarvoor verwijst de commissie naar het werk van auteurs als Keurentjes (2005), Dijkers en Widdershoven (het algemene werk van Dijkers en Widdershoven in het jaar 2005), en de Praktijkreeks Bopz onder redactie van Keurentjes en Zuiderhoudt, waarin sinds 2002 tien delen zijn verschenen (Keurentjes & Zuiderhoudt, 2002-heden).

Wat men in dit boek wel vindt, zijn besprekingen van die problemen waartegen men, ook als men de procedures goed kent, toch telkens weer aanloopt, omdat zij een beroep doen op het vermogen tot oordeelsvorming van de psychiater. Bij het lezen van de beschrijving van bestaande procedures krijgt men vaak de indruk dat het geven van een oordeel een vanzelfsprekend en eenduidig proces is. Wie deze richtlijn gelezen heeft, zal merken dat dit bepaald niet het geval is. De commissie heeft, gegeven deze beperking, daarbij onvermijdelijk keuzen gemaakt in de onderwerpen die men zou kunnen bespreken. Het is goed mogelijk dat men al lezende toch nog bepaalde aspecten uit het proces van dwangtoepassing mist, die door de problemen die zij in de dagelijkse praktijk veroorzaken, aandacht hadden moeten krijgen. Die kunnen bij een herziening aan de orde worden gesteld.

De richtlijn is dus primair bedoeld om te helpen bij de besluitvorming inzake toepassing van dwang in de psychiatrie zoals die volgens de wetgeving ter zake tot het takenpakket van de psychiater behoort. Deze treedt soms op als deskundig adviseur bij de dwangopname, maar soms ook in de medisch-juridische dubbelrol van behandelaar en ‘bestuursorgaan’, bijvoorbeeld bij toepassing van dwangbehandeling, of in de rol van geneesheer-directeur. De psychiater heeft daardoor een unieke en individuele verantwoordelijkheid bij dwangtoepassing in de psychiatrie. Daar gaat deze richtlijn over.

Dat neemt niet weg dat er vele andere disciplines en actoren – verpleegkundigen, huisartsen, artsen werkzaam in de openbare ggz, en juristen, zoals rechters, advocaten, officieren van justitie, familieleden, overheidsdienaren, zoals politiefunctionarissen, wethouders, burgemeesters enzovoort – bij dwangtoepassing in al haar fasen betrokken zijn. De commissie acht het dan ook noodzakelijk dat na deze richtlijn een tweede multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld wordt waarin de diverse rollen van de andere disciplines en actoren worden geëxpliciteerd. Tevens kan daarin de aandacht geschonken worden aan de uitvoering van de dwangtoepassing nadat het besluit genomen is. Hieraan heeft deze commissie slechts partieel aandacht geschonken. Enerzijds omdat zij zich moest beperken, anderzijds omdat het hier een bij uitstek multidisciplinair te benaderen onderdeel van het proces van dwangtoepassing betreft. Het uitvoeren van besluiten op zichzelf impliceert niet alleen een multidisciplinair proces, het vereist daarnaast ook een nadenken over de randvoorwaarden voor die uitvoering. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de aanwezigheid van voldoende en bekwame hulpverleners, afspraken met ambulancepersoneel, politie en openbaar ministerie, de aanwezigheid van bedden, goede overdracht van zorg enzovoort.

De commissie moest zich ook beperken inzake de diagnosespecifieke aspecten van dwangtoepassing. Voor het vraagstuk hoe hiermee om te gaan, bijvoorbeeld voor patiënten met acute ernstige manie al dan niet gecombineerd met psychotische verschijnselen, is de opname van aanbevelingen voor de besluitvorming tot toepassing van dwang naar haar mening in diagnosespecifieke richtlijnen noodzakelijk. Deze richtlijn biedt hiervoor alleen de algemene basis. Dat geldt ook voor de toepassing van dwang in somatische behandelsettings.

De commissie heeft zich in de loop van haar werkzaamheden eerst bezonnen op wat de vragen zijn die bij de in de praktijk van dit veld opererende psychiater leven, en die niet direct beantwoord kunnen worden door een bepaald boek te raadplegen. Die vindt men terug aan het begin van elk hoofdstuk. In de opbouw van de tekst is gekozen voor een volgorde die het proces in de praktijk weerspiegelt.

Dit proces begint met een vermoeden bij de behandelaar dat een vorm

van dwang wel eens aangewezen zou kunnen zijn. Via bijvoorbeeld het aanvragen van een voorwaardelijke machtiging, gedwongen opname, of het besluit tot dwangbehandeling, mondt dit proces uiteindelijk uit in de uitvoering van besluiten. In de tekst treft men een aantal (genummerde) conclusies aan, waarin de commissie op grond van argumenten in de daaraan voorafgaande tekst, resulterend uit bestudering van literatuur, jurisprudentie of discussies binnen de commissie tot een uitspraak komt. Zij worden vervolgens meestal (op een na in dit geval) in enigerlei vorm toegepast in (genummerde) aanbevelingen (voor een overzicht van alle aanbevelingen, zie bijlage 10). Dat kan in dezelfde paragraaf zichtbaar zijn, maar soms pas bij een of meerdere aanbevelingen in latere passages.

De aanbevelingen zijn meestal voor een belangrijk deel gebaseerd op een of meerdere eerdergenoemde conclusies. Een enkele maal zijn de argumenten waaruit de aanbevelingen voortkomen niet als expliciete conclusies geformuleerd. Dit is vooral het geval als er geen uitvoerig literatuuronderzoek mogelijk of nodig was. Dat accentueert een volgend specifiek probleem waar de commissie mee geconfronteerd werd. De herkomst van de conclusies is soms wetenschappelijk onderzoek. Dat staat dan gerefereerd in de voorafgaande tekst, en geprobeerd is zoveel mogelijk de graad van evidentie die dit over een bepaalde kwestie heeft opgeleverd, aan te geven, een en ander volgens de systematiek zoals die gebruikt wordt bij de multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (zie bijlage 8 voor de indeling van evidentieniveaus).

Voor veel conclusies en andere voor de aanbevelingen gebruikte argumentaties is dat echter niet mogelijk: die komen niet verder dan niveau 4. Zij berusten dan op overwegingen voortkomend uit *good clinical practice*, kennis van de wet, kwaliteitsoverwegingen, gezond verstand en dergelijke. Indien het niveau van evidentie anders is dan niveau 4 dan wordt dit aangegeven. Ze zijn getoetst door de commissie, adviseurs en op een invitational conference, gehouden op 28 september 2007 in Meerkanten. Besluitvorming over dwang is tevens onderwerp van bespreking geweest op voorjaars- en najaarscongressen in 2006 en 2007 van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en op enkele andere gelegenheden. Een en ander betekent dat de commissie een zekere terughoudendheid in acht heeft moeten nemen bij het doen van aanbevelingen. Zij heeft het grote gebrek aan wetenschappelijke kennis en onderzoekresultaten en de beperkingen die kleven aan de vertaling van internationaal onderzoek naar de Nederlandse praktijk als belemmerend ervaren. Intensivering van het onderzoek naar vraagstukken in de openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder dwang, is nodig om de ontwikkeling van evidence-based richtlijnen mogelijk te maken.

Een speciaal probleem vormde soms de interpretatie van de diverse wetten, en dan vooral de Wet Bopz, alsmede van de jurisprudentie. Anders

dan voor de bestudering van de gangbare wetenschappelijke literatuur ten behoeve van richtlijnontwikkeling, stond de commissie hiervoor geen algemeen toegepaste systematiek ter beschikking. Zij moest dus improviseren, en heeft geprobeerd zo helder mogelijk aan te geven welke bronnen zij benut heeft voor bepaalde interpretaties. De vragen die dat in voorkomende gevallen kan oproepen, zullen hopelijk een stimulerende rol spelen bij een toekomstige evaluatie: een noodzakelijk onderdeel van de moderne richtlijnontwikkeling, waarbij elk product slechts een stadium is in een voortgaand ontwikkelingsproces.

Een andere complexiteit is het feit dat het in de richtlijn gaat over een veld van de psychiatrie waarin regelgeving en praktijk sterk in beweging zijn. Onlangs nog, 1 juni 2008, zijn enkele bepalingen in de Wet Bopz gewijzigd (nr. 30.492). Deze richtlijn preludeert op deze wetswijziging, echter voor uitgebreidere informatie over de wetswijziging wordt verwezen naar de Nieuwsbrief Wetgeving van GGZ Nederland van augustus 2008, zie bijlage 11. De consequenties voor de besluitvorming zijn op hoofdpunten verwerkt maar de details van de procedure konden niet meer verwerkt worden. Daarvoor wordt u verwezen naar bijlage 11.

Dit continu in beweging zijn van regelgeving en praktijk heeft het werk van de commissie niet gemakkelijk gemaakt. Zij moest enerzijds proberen in haar aanbevelingen iets weer te geven van de state of the art zoals die in Nederland is gegroeid. Anderzijds moest zij weerstand bieden aan de verleiding commentaar te geven op allerlei nieuwe ontwikkelingen, of de wenselijkheid daarvan te onderstrepen, of zelf met oplossingen te komen voor kwesties waarover binnen het veld nog verdeeldheid bestaat. Maar een richtlijncommissie is geen actiegroep. De commissie heeft geprobeerd het juiste midden te bewaren tussen beide uitersten. In een veld met een nog zo weinig onomstreden evidence-based manier van werken moet men, als men probeert richtlijnen te ontwikkelen, af en toe toch wel de keuze maken tussen 'geen aanbeveling doen' en het op basis van alle beschikbare argumenten innemen van een standpunt.

De commissie heeft geprobeerd die argumenten dan zo goed mogelijk weer te geven. In het algemeen zijn de aanbevelingen gericht op de individuele psychiater. Een enkele maal echter richt de commissie zich tot een breder publiek, vooral als zij impliciete, in de tekst opgenomen aanbevelingen doet die het beleid op een hoger niveau betreffen. Deze zijn echter niet speciaal gemarkeerd.

Ten slotte past nog een opmerking over de samenstelling van de commissie. Alle commissieleden zijn op grond van hun deskundigheid en expertise met het onderwerp en op persoonlijke titel benoemd. Van geen van hen zijn functies of contacten gemeld of bekend die wijzen op het bestaan van belangenverstrengeling die een onafhankelijk oordeel in de weg zou kunnen staan. De commissie bestaat voornamelijk uit psychiaters, zoals

gebruikelijk bij monodisciplinaire richtlijncommissies van de NVvP. Dit is een rechtstreeks gevolg van de behoefte die leeft bij psychiaters om eerst intern als beroepsgroep een standpunt te vormen over een onderdeel van de beroepsuitoefening waarvoor de beroepsgroep een geheel eigen, wettelijk vastgelegde, niet aan anderen te delegeren verantwoordelijkheid draagt. Dat betekent niet dat de NVvP het in dit proces gekozen standpunt niet ter discussie zou willen stellen en bijvoorbeeld daarmee niet zou willen participeren in eventuele hierna in te stellen multidisciplinaire richtlijncommissies die zich richten op bepaalde aspecten van de dwangtoepassing in de psychiatrie. De NVvP heeft door de werkzaamheden van deze commissie duidelijkheid willen verschaffen over de kracht van de argumenten die aan de monodisciplinair gekozen uitgangspositie ten grondslag liggen.

De richtlijn, vergezeld van een document met de commentaren en reactie van de richtlijncommissie, is aangeboden aan de Commissie Kwaliteitszorg (CKZ) van de NVvP. Deze heeft de richtlijn op 30 juni 2008 procedureel getoetst, volgens de checklist bij het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen, en met een positief advies ter autorisatie voorgedragen aan het verenigingsbestuur. Het bestuur heeft de richtlijn op 10 september 2008 geautoriseerd.

De richtlijn heeft een maximale geldigheidsduur van vijf jaar, tenzij op grond van de commentaren, de wetenschappelijke ontwikkelingen of andere opvattingen binnen de beroepsgroep een herziening eerder nodig wordt geacht.

Hoofdstuk 3

Waarom een richtlijn?

De volgende vragen worden in dit hoofdstuk behandeld.

- 1 Waarom is de commissie voor de ontwikkeling van een richtlijn voor de besluitvorming omtrent dwangtoepassing in de psychiatrie ingesteld? (Zie paragraaf 1 en 2.)
- 2 Wat zijn de doelstellingen van de richtlijn? (Zie paragraaf 3.)
- 3 Voor welke patiëntengroepen is de richtlijn bedoeld? (Zie paragraaf 4.)
- 4 Wie zijn de beoogde gebruikers van de richtlijn? (Zie paragraaf 5.)

1 Aanleiding

Dwang komt veel voor in de psychiatrie. Uit discussies over de bruikbaarheid van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) blijkt de behoefte aan een richtlijn voor dwangtoepassing binnen het kader van deze wet. Op een bijeenkomst in 2003 over dwangbehandeling bij psychiatrische patiënten zonder ziekte-inzicht, georganiseerd door GGZ Nederland, verzochten de beroepsgroep, beleidsmakers en patiënten- en familieverenigingen (onder andere Anoksis, Ypsilon), meer helderheid te scheppen in het gebruik van de Wet Bopz inzake dwangbehandeling, ambulante dwang en dwangopname.

De tweede evaluatie van de Wet Bopz (Begeleidingscommissie Evaluatie Wet bijzondere opnemingen Psychiatrische ziekenhuizen, 2002) en het rapport *Noodgedwongen* van de Gezondheidsraad (Gezondheidsraad, 2004) signaleerden eveneens de behoefte aan meer helderheid en eenduidigheid in dwangtoepassing. Richtlijnen van de beroepsvereniging leveren daar een bijdrage aan. Ook het kabinet heeft meermalen in de Tweede Kamer benadrukt dat betere informatie aan psychiaters en richtlijnvorming kunnen leiden tot een betere benutting van de wet.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft in 2003 een richtlijncommissie ingesteld met de opdracht het ontwikkelen van een richtlijn voor de toepassing van dwang in de psychiatrie. De richtlijncommissie is begin 2004 gestart. Na de derde evaluatie van de Wet Bopz (Derde Evaluatiecommissie van de Wet Bopz, 2007) lijkt de politiek de weg in te

slaan naar een nieuwe behandelwet zoals de NVvP die voorstaat. Daar een wetgevingstraject zeker vier tot vijf jaar zal omvatten, blijft het toch nuttig deze richtlijn te ontwikkelen.

2 Probleemstelling

De commissie omschrijft het hoofdprobleem als volgt. In de praktijk, nationaal en internationaal, verschilt het gebruik van dwang zowel wat betreft dwangopneming als wat betreft dwangbehandeling sterk. Zo verschilt in Nederland het aantal inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen per regio opvallend. Epidemiologische gegevens over psychische ziekten verklaren deze verschillen niet (zie 2.1). Deze constatering roept vragen op over uniformiteit en transparantie van de uitgangspunten, de inhoud en de kwaliteit van het besluitvormingsproces inzake dwangtoepassing in de psychiatrie. Deze vragen zijn begrijpelijk: het gaat om voor een patiënt zwaarwegende beslissingen die bovendien een grote maatschappelijke impact hebben.

In het besluitvormingsproces spelen twee disciplines een hoofdrol: de psychiatrische en de juridische. De eerste levert de inhoudelijke argumenten, de tweede is verantwoordelijk voor toetsing en bewaking van de rechtmatigheid. Het besluitvormingsproces van de psychiater inzake dwangtoepassing (bijvoorbeeld het besluit al of niet een maatregel in het kader van de Wet Bopz aan te vragen of dwangbehandeling toe te passen) is niet alleen voor de patiënt en zijn omgeving (de partner, de ouder, kinderen en verdere familie, de leefomgeving), maar ook voor politie, officieren van justitie, rechters, advocaten vaak weinig transparant. Het feit dat de psychiater verschillende rollen kan hebben, bijvoorbeeld als getuige-deskundige bij de besluitvorming tot dwangopname, of als een behandelaar die als een zogeheten bestuursorgaan zelf kan besluiten tot dwangbehandeling, is extra verwarrend.

De commissie wil benadrukken dat er inzake de transparantie van het besluitvormingsproces van de dwangtoepassing meer probleemeigenaren zijn dan alleen de psychiater. Ook de familie, de patiënt zelf, de politie en de maatschappelijke organisaties zijn te beschouwen als probleemeigenaren: de bijdrage van de rechter en de andere juridische participanten in het besluitvormingsproces is essentieel en ontbeert vaak ook de noodzakelijke transparantie. Meer aandacht daarvoor zou zeer gewenst zijn. De commissie beperkt zich echter gegeven haar opdracht tot de rol van de psychiater. Een belangrijk nevenprobleem is onduidelijkheid over de kwestie in hoeverre het toepassen van de verschillende vormen van dwang effectief is voor het doel en de gezondheid van de patiënt. De direct aan de effectiviteit gerelateerde vraag is de mogelijke schade door de bijwerkingen van de

interventie. De mate van effectiviteit, het gezondheidsbelang (dat in relatie staat tot het ‘goed willen doen’ van de arts) en de mate van schadelijkheid zijn belangrijke overwegingen van artsen bij de besluitvorming over het toepassen van een interventie. Onduidelijkheid leidt tot onzekerheid, aarzeling en inconsistentie in de besluitvorming over de dwangtoepassing.

3 Doelstelling

De commissie heeft derhalve als hoofddoelstelling geformuleerd: komen tot meer transparantie door systematiseren en standaardiseren van het besluitvormingsproces bij dwangtoepassing in de psychiatrie en benoemen van de overwegingen die daarbij een rol moeten spelen op basis van de bestaande wetenschappelijke evidentie en ‘best practice’, een en ander uiteraard binnen de vigerende regels van de Wet Bopz, de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), de Kwaliteitswet en een aantal andere relevante wettelijke kaders, onder andere de Algemene wet bestuursrecht. De commissie formuleert als nevensdoelstelling: het geven van informatie over effectiviteit en schadelijkheid van dwangtoepassing. Zij gaat alleen zijdelings en partieel in op de uitvoering van het besluit en de kwaliteitseisen die men daaraan kan stellen. Een complete benadering daarvan vraagt om een aparte multidisciplinaire richtlijn.

3.1 Transparant besluitvormingsproces

Transparantie van het stapsgewijze besluitvormingsproces is belangrijk om tot meer uniforme dwangtoepassing te komen en om de kwaliteit te optimaliseren. Heldere eisen aan het psychiatrische onderzoek, aan de geneeskundige verklaring en aan essentiële overwegingen bij de besluitvorming tot het aanvragen van een rechterlijke machtiging zijn hiervoor nodig. Het gaat bijvoorbeeld over de onderbouwing van de zogeheten geneeskundige verklaring die in de Wet Bopz een hoofdrol speelt en waarin de feiten en het psychiatrische oordeel over de feiten helder verwoord moeten staan. Een waarschuwing is hier op haar plaats. Deze richtlijn is toegesneden op de toepassing in de praktijk door psychiaters. Dat betekent dat deze zoveel mogelijk inspeelt op concrete situaties waarin de professional de richtlijn nodig heeft. Deze richtlijn kan alleen gefundeerde uitspraken doen over diagnostiek, beoordeling van ‘gevaar’ en/of ‘ernstig nadeel’ (de centrale begrippen in de Wet Bopz respectievelijk de WGBO) en behandeling, indien daarover een zekere mate van ‘evidence’ of een algemeen geaccepteerde ‘best practice’ bestaat. Soms zijn deze niet voorhanden. Als inzichten inzake de gronden voor een bepaalde dwangtoepassing vaag, wetenschappelijk of anderszins weinig onderbouwd zijn of ontbreken, wordt dit in de richtlijn aangegeven. De commissie komt niet met een eigen oplossing,

maar presenteert overwegingen die van belang zijn bij een beslissing over dwangtoepassing. De richtlijn kan in deze gevallen soms wel een aantal concrete opties bevatten waaruit men kan kiezen, maar kan niet verder gaan dan aanbevelingen geven voor zorgvuldige besluitvorming tot, en uitvoering van dwang. De richtlijn presenteert geen beslisboom die 'automatisch' leidt tot een besluit.

3.2 Effectiviteit en schadelijkheid van dwangtoepassing

De commissie beschouwt dwangtoepassing bij psychiatrische patiënten niet alleen als een juridische interventie, maar ook als een medische interventie die wordt uitgevoerd door een medicus. Dwangtoepassing moet opgevat worden als een instrument om een noodzakelijke medische interventie, zoals geven van medicatie, mogelijk te maken. Daarom is duidelijkheid over de effectiviteit en de schadelijkheid van dwang een professionele eis zoals die voor alle medische interventies geldt. Dwangopname in het kader van de Wet Bopz vindt plaats om gevaar voortkomend uit een psychiatrische stoornis af te wenden. Effectiviteit kan dan afgemeten worden aan de mate waarin het gevaar is verminderd.

Dit is een beperkte formulering, ingegeven door de beperkingen die het wettelijke kader van de Wet Bopz formeel nu eenmaal impliceert. Immers, medisch gezien wordt dwangopname pas als een effectieve interventie gezien als het gevaar verminderd is doordat de onderliggende aandoening (qua klachten, symptomen en de gevolgen daarvan) is verbeterd. Dit geldt overigens niet alleen vanuit professioneel perspectief. In de WGBO is de medische afweging explicieter: dwangbehandeling en kortdurende vrijheidsbeperkende maatregelen zijn gerechtvaardigd indien noodzakelijk om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Het mogelijk ernstige nadeel van niet behandelen moet worden afgewogen tegen gegevens over de effectiviteit, de belasting en de risico's van de behandeling. De commissie meent daarom dat er, ter aanvulling van het reeds bestaande onderzoek (zie hoofdstuk 4, 6 en 9), ook voor dwang in het kader van de Wet Bopz meer onderzoek nodig is naar de effectiviteit en/of de schadelijkheid van dwangtoepassing, gemeten naar verbetering of verslechtering van de psychiatrische aandoening, risico's, belasting en kwaliteit van leven, psychische gezondheid en welzijn.

4 De patiëntengroep van deze richtlijn

In ons land is dwang in de geestelijke gezondheidszorg meestal verbonden met een opname in en soms aan een voorwaardelijk ontslag uit een intramurale voorziening: een psychiatrisch ziekenhuis, een verpleeghuis, een instelling voor verstandelijk-gehandicaptenzorg, een kliniek voor ver-

slaafdenzorg of een FPC (Forensisch Psychiatrisch Centrum; oude term: tbs-instelling). In deze richtlijn beperkt de commissie zich tot dwangopname en dwangbehandeling bij patiënten in de algemene en volwassenenpsychiatrie. Dwang bij ziektebeelden die typisch zijn voor kinderen en jeugdigen (tot 18 jaar), verstandelijk gehandicapten, psychogeriatrische patiënten of patiënten opgenomen in een algemeen ziekenhuis blijven buiten beschouwing. De nadruk ligt dus op psychiatrische patiënten die onder de Wet Bopz gebracht worden of dat al zijn. Deze keuze is gemaakt vanwege de noodzaak tot beperking. Het verdient aanbeveling om voor de genoemde patiëntengroepen, gezien de specifieke eisen van hun situatie, ook specifieke richtlijnen te ontwikkelen. Datzelfde geldt voor mensen die in een justitieel kader onder behandeling zijn of zorg behoeven. Wel komt de toepassing van de WGBO in de algemene en volwassenenpsychiatrie ter sprake, zowel bij de populatie waarbij al een Wet Bopz-maatregel is toegepast, als bij degenen zonder Wet Bopz-maatregel of bij wie de toepassing van een Wet Bopz-maatregel overwogen wordt.

5 Gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is primair ontwikkeld ten behoeve van de zorg voor ernstig zieke psychiatrische patiënten bij wie een behandeling op vrijwillige basis niet meer op een voldoende adequate wijze kan plaatsvinden; dit kan in de ambulante praktijk het geval zijn, maar ook in de klinische praktijk in een psychiatrisch ziekenhuis of in een algemeen ziekenhuis. Deze richtlijn is dus, zoals eerder gesteld, uitsluitend bedoeld als hulpmiddel voor psychiaters om te komen tot een medisch-ethische en professioneel verantwoorde besluitvorming voor het toepassen van dwang bij patiënten met een psychiatrische aandoening, binnen de kaders van de huidige wetgeving, te weten de Grondwet, de Kwaliteitswet, de WGBO in het algemeen en de Wet Bopz in het bijzonder alsmede andere relevante wettelijke kaders, zoals de Algemene wet bestuursrecht. Andere wetten blijven hier buiten beschouwing, hoe belangrijk die ook voor andere categorieën patiënten zijn (bijvoorbeeld in de forensische psychiatrie).

De richtlijn is voorts niet bedoeld voor rechters, officieren van justitie of advocaten. Zij is daarnaast ook niet primair gericht op de andere disciplines, zoals de verpleegkundigen, of nog andere actoren zoals de familieleden, juridische functionarissen of overheidsdienaren die intensief betrokken zijn bij zowel de besluitvorming als de uitvoering van besluiten tot toepassing van dwang. Het gaat hier om de besluitvorming, en daarbij heeft de psychiater in de ggz een unieke individuele verantwoordelijkheid. Dat laat onverlet dat in een eventuele aanvullende multidisciplinaire richtlijn voor de toepassing van dwang in de psychiatrie de rol van de actoren

met wie de psychiater intensief samen moet werken bij de besluitvorming en de uitvoering, de nodige aandacht moet krijgen.

6 Leeswijzer

Deze richtlijn is opgezet vanuit het perspectief van de psychiater en volgt het proces waarin deze in de praktijk in achtereenvolgende situaties met de toepassing van dwang wordt geconfronteerd. Hoofdstuk 4 behandelt de kaders waarbinnen de toepassing van dwang plaatsvindt: het medisch-ethisch, professioneel, maatschappelijk en juridisch kader (Grondwet, WGBO en Wet Bopz). Tevens komen hierin de gegevens van wetenschappelijk onderzoek over dwangtoepassing in de psychiatrie aan de orde. Hoofdstuk 5 tot en met 10 beschrijven de vier verschillende situaties waarin de psychiater met toepassing van dwang geconfronteerd kan worden. Hoofdstuk 5 en 6 behandelen de situatie waarin de psychiater als behandelaar geconfronteerd wordt met een mogelijk gevaarvolle situatie en met de vraag of dwang toegepast moet worden. In deze hoofdstukken wordt een handvat geboden voor het zoveel mogelijk systematisch en gestandaardiseerd onderzoeken van de patiënt en diens context bij de verschillende typen gevaar.

Hoofdstuk 7 behandelt de situatie waarin de psychiater als niet-behandelaar wordt gevraagd te beoordelen of dwangopneming geïndiceerd is, eventueel gevolgd door het opstellen van een geneeskundige verklaring. In de derde situatie, hoofdstuk 8, is sprake van de psychiater die als medisch geschoolde getuige-deskundige aanwezig is bij de rechtszitting. De rechter velst het oordeel over het al dan niet afgeven van de door de officier van justitie gevraagde maatregel. Tevens komen daarbij de andere situaties aan de orde waarin de psychiater in het kader van dwangtoepassing met de rechter in aanraking kan komen.

Hoofdstuk 9 behandelt de situatie waarin de psychiater als behandelaar de maatregel 'dwangopname' uitvoert in het kader waarvan diverse andere vormen van dwang mogelijk zijn zoals dwangbehandeling, toepassing van middelen en maatregelen, beperkingen van bezoek, bewegingsvrijheid, telefoonverkeer en dergelijke, zoals omschreven in de artikelen 38, 39 en 40 van de Wet Bopz. Ook de gedwongen behandeling van somatische ziekten komt hierin aan de orde. Hoofdstuk 10 handelt over de beëindiging van dwangmaatregelen en het ontslag onder voorwaarden.

Elk hoofdstuk heeft kaders met conclusies en/of aanbevelingen (alle aanbevelingen zijn bij elkaar gezet in bijlage 10). Deze zijn doorlopend genummerd. Deze kaders vormen het hart van de richtlijn. De literatuur is aan het einde van de richtlijn opgenomen. Tot slot zij opgemerkt dat waar 'hij' geschreven staat ook 'zij' bedoeld is.

7 Samenvatting

De richtlijn is primair bedoeld als hulpmiddel voor psychiaters. De richtlijn behandelt alleen dwangopname en dwangbehandeling bij patiënten in de algemene en volwassenenpsychiatrie. De commissie benoemt als probleem:

- onvoldoende transparantie in beoordeling en besluitvorming inzake dwangtoepassing van de psychiater;
- wisselende duidelijkheid over de effectiviteit en mogelijke schadelijkheid door bijwerkingen van dwangtoepassing.

De richtlijn betreft besluitvorming door de psychiater en heeft twee doelstellingen:

- systematiseren en standaardiseren van het besluitvormingsproces bij dwangtoepassing in de psychiatrie;
- informeren over effectiviteit en schadelijkheid van dwangtoepassing als medische interventie.

De richtlijn wordt begrensd door:

- het niet altijd voorhanden zijn van evidence of algemeen geaccepteerde best practices;
- het niet altijd duidelijk zijn van criteria, concepten en omschrijvingen;
- de vigerende wetgeving.

De richtlijn betreft dwang bij:

- ziektebeelden van patiënten in de algemene psychiatrie.

De richtlijn gaat niet in op dwang bij:

- ziektebeelden van kinderen en jeugdigen, verstandelijk gehandicapten, forensisch psychiatrische patiënten, psychogeriatrische patiënten, patiënten opgenomen in het algemeen ziekenhuis en patiënten die in een justitieel kader behandeld worden of zorg nodig hebben.

8 Overzicht van samenhang tussen aanbevelingen en conclusies

U vindt de volgende aanbevelingen en conclusies in de hoofdstukken 4 tot en met 10.

Aanbeveling	Conclusie
1	1, 5
2	1
3	6
4	9
5	10, 12
6	11, 13
7	7
8	2
9	1,2
10	1
11	14
12	15
13	16
14	1, 2
15	17
16	Zorgvuldigheidseis
17	Zorgvuldigheidseis
18	Zorgvuldigheidseis
19	18
20	18
21	3, 4, 19, 20
22	Zorgvuldigheidseis
23	17, 18
24	Zorgvuldigheidseis
25	21
26	1, 17
27	18
28	Zorgvuldigheidseis
29	Zorgvuldigheidseis
30	Zorgvuldigheidseis

Alleen conclusie 8 is niet terug te vinden in een aanbeveling. Er zijn acht aanbevelingen waar geen conclusie aan voorafgaat. Deze berusten op een zorgvuldigheidseis, zoals gebruikelijk in *good clinical practice*. Aanbevelingen gebaseerd op meer dan één conclusie zijn 1, 5, 6, 9, 14, 21, 23, 26.

Hoofdstuk 4

Kaders en gegevens uit onderzoek

De volgende vragen worden in dit hoofdstuk behandeld.

- 1 Wat zijn de algemene kaders waarbinnen de besluitvorming over de toepassing van dwang, in casu opname en behandeling, plaatsvindt? (Zie paragraaf 1.)
- 2 Welke voor de richtlijnontwikkeling relevante epidemiologische gegevens over dwangtoepassing in Nederland en internationaal zijn beschikbaar? (Zie paragraaf 2.1.)
- 3 Welke algemene conclusies, relevant voor de besluitvorming door de psychiater, kan men trekken uit de beschikbare jurisprudentie? (Zie paragraaf 2.2.1.)
- 4 Welke conclusies kan men op basis van wetenschappelijk onderzoek trekken over de schadelijkheid voor de behandelrelatie van dwangtoepassing in de psychiatrie? (Zie paragraaf 2.2.2.)
- 5 Welke conclusies mag men op basis van wetenschappelijk onderzoek trekken over de effectiviteit van dwangtoepassing in de psychiatrie? (Zie paragraaf 2.2.2.)
- 6 Welke factoren blijken op basis van wetenschappelijk onderzoek de belangrijkste rol te spelen bij de besluitvorming van de psychiater over dwangtoepassing? (Zie paragraaf 2.2.3.)
- 7 Welke conclusies kan men op basis van wetenschappelijk onderzoek trekken over de effectiviteit van medicamenteuze en andere onder dwang toegepaste biologisch-psychiatrische behandelmethoden? (Zie paragraaf 2.3.)

Dit hoofdstuk behandelt in paragraaf 1 de kaders waarbinnen dwangtoepassing plaatsvindt en in paragraaf 2 gegevens uit wetenschappelijk onderzoek. De richtlijn gaat niet uitvoerig in op de toepassing van drangmaatregelen, behalve bij de voorwaardelijke machtiging, in feite een vorm van drang, die binnen het kader van de Wet Bopz formeel geregeld is. In de praktijk echter worden de meeste drangmaatregelen informeel toegepast: er is geen specifiek wettelijk kader voor. Wel worden deze dwangmaatregelen vaak genomen bij hetzelfde type patiënten als bij wie ook dwang toegepast wordt. Men past ze dan op verschillende momenten toe: in een eerder of later stadium van, of in combinatie met, dan wel als alternatief voor de dwangtoepassing. Al met al verschillen zij qua professionele, juridische en ethische aspecten zodanig van dwangmaatregelen dat zij als een uiterst belangrijk onderdeel van de psychiatrische praktijk, naar het oordeel van

de commissie, een eigen richtlijn verdienen. De commissie introduceert een aantal basale noties die in het afwegingsproces voor de toepassing van dwang in welke vorm dan ook steeds een rol moeten spelen.

1 Vier kaders voor dwangtoepassing

De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (1997) spreekt van dwang als iemand tegen zijn wil tot enig doen of nalaten wordt genoodzaakt. Degene om wie het gaat, heeft wat dit betreft geen enkele keuze meer en wat er dan gebeurt, is per definitie tegen zijn wil. De commissie vat het toepassen van dwang in de psychiatrie steeds op als een belangrijk aspect van een medische interventie waarvan zorg, verpleging, begeleiding, beveiliging en behandeling onderdelen kunnen vormen. Deze paragraaf schetst de kaders waarbinnen deze interventie plaatsvindt: het ethische, professionele, maatschappelijke en wettelijke kader. Zij zullen separaat worden toegelicht in de nu volgende paragrafen.

1.1 Het ethische kader

De commissie gaat voor het ethische kader uit van de breed geaccepteerde 'vier-principes-ethiek' van Beauchamp en Childress (1994):

- 1 respect voor autonomie;
- 2 niet schaden;
- 3 weldoen;
- 4 rechtvaardigheid.

Daarnaast zijn de inzichten van de zorgethiek mede richtinggevend.

1.1.1 Autonomieprincipe

In onze huidige westerse maatschappij zijn het beginsel van respect voor autonomie en het zelfbeschikkingsrecht belangrijke uitgangspunten, getuige ook de geldende wettelijke kaders. Deze zijn een afspiegeling van breed gedeelde, diep in de moderne geseculariseerde samenleving verankerde overtuigingen. Het toepassen van dwang moet daarom altijd worden opgevat als iets wat niet vanzelfsprekend is voor de patiënt en zijn omgeving. Het is een ernstige inbreuk op de autonomie van de patiënt. Hulpverleners hebben daarom de plicht dwangtoepassing zoveel mogelijk te voorkomen, en indien dwang onvermijdelijk is, de autonomie en de rechten van de patiënt zoveel mogelijk te handhaven. Dit verplicht de psychiater tot het betrachten van de zorgvuldigheid die voor ingewikkelde besluiten vereist is.

1.1.2 Niet schaden en weldoen

Naast respect voor de autonomie van de patiënt heeft de psychiater ook de plicht de patiënt niet te schaden (kwaad of nadeel te voorkomen) en

de patiënt goed te doen. Niet schaden en weldoen zijn centrale principes bij geneeskundig handelen. Ze krijgen hier een extra dimensie, omdat bij toepassing van dwang het niet schaden kan indruisen tegen ideeën die de patiënt daarover heeft. Ook het weldoen kan binnen gedwongen situaties tegen de opvattingen van de patiënt ingaan. Bij het inzetten of nalaten van gedwongen interventies zal de psychiater ook de veiligheid van medeburgers, familieleden en hulpverleners en de risico's voor financiële, immateriële of materiële schade moeten betrekken.

1.1.3 *Rechtvaardigheidsprincipe*

Het rechtvaardigheidsprincipe betreft een groep normen die verband houden met een eerlijke verdeling van belangen, risico's en kosten. Formeel komt dit principe nadrukkelijk naar voren binnen het juridische kader. Maar ook buiten dat kader zal de psychiater zich afvragen of het inzetten of nalaten van dwang voldoet aan dit rechtvaardigheidsprincipe. Dit principe is daarmee vooral van belang voor de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de psychiater.

1.1.4 *Balans tussen medisch-ethische principes*

De medisch-ethische plichten kunnen in de praktijk met elkaar botsen. Autonomie respecteren kan betekenen dat de plicht goed te doen wordt verzaakt, of schade voor de patiënt zelf of zijn omgeving niet wordt voorkomen. Het respecteren van de autonomie kan onder omstandigheden tot gevolg hebben dat de patiënt ernstig nadeel ondervindt, of gevaar loopt, of anderen in gevaar brengt. Zonder instemming van de patiënt ingrijpen vanuit de plicht om goed te doen en kwaad te voorkomen, betekent dat het zelfbeschikkingsrecht wordt beperkt.

Ook kan er sprake zijn van situaties waarin met dwang moet worden ingegrepen juist om te bereiken dat er weer sprake kan zijn van zelfbeschikking door de patiënt. De commissie benadrukt dat dwang herstel van autonomie kan betekenen. Daarbij moet aan autonomie een invulling worden gegeven die niet abstract is, maar aansluit bij de situatie waarin patiënten verkeren. De commissie is van oordeel dat mensen met psychiatrische problemen vaak beperkt zijn in de uitoefening van hun autonomie. Zij sluit zich aan bij de visie van de Gezondheidsraad (2004), die stelt dat psychiatrische patiënten de mogelijkheid aangeboden moeten krijgen om opnieuw zin aan hun handelen te geven en zo hun identiteit te herstellen of te vernieuwen. Hulpverlening die iemand in staat stelt om greep te krijgen op zijn omgeving en leven, ondersteunt en versterkt de autonomie. De psychiater mag de patiënt dan ook helpen zich in de wereld te oriënteren en die beter hanteerbaar te maken. De kern is daarbij, aldus de Gezondheidsraad, het verwerven van positieve vrijheid: het vermogen om zelf invulling aan het leven te geven door te handelen. Overreding, drang en de toepas-

sing van dwang zijn niet a priori in strijd met het beginsel van respect voor autonomie. Hulpverlening is ook altijd meer dan het doen ondergaan van een behandeling, en moet er ook op gericht zijn patiënten hulpmiddelen aan te reiken die uiteindelijk hun autonomie kunnen vergroten.

De psychiater heeft als zorgverlener een eigen verantwoordelijkheid.

Adequate zorgverlening vooronderstelt een aantal professionele deugden: aandacht, verantwoordelijkheid en competentie. Daarnaast zijn praktische betrokkenheid en engagement noodzakelijk voor een moreel verantwoorde psychiatrische zorgverlening. Hoe kwetsbaarder en hulpbehoevender iemand is, hoe meer een hulpverlener goed wil zorgen (paternalisme).

Daarbij kan wel het autonomieprincipe onder druk komen te staan. Echter, als de patiënt bijzonder kwetsbaar en hulpbehoevend is en daarbij tevens wilsonbekwaam, kan dwang moreel gelegitimeerd zijn. Een zorgethisch kader waarin de hulpverlener de verantwoordelijkheid heeft om goede zorg te bieden, biedt meer ruimte voor paternalisme, met als consequentie dat respect voor autonomie soms doorbroken moet worden.

Het gaat er steeds om recht te doen aan alle principes en dat noodzaakt tot afwegingen. In de praktijk moet altijd een afweging gemaakt worden tussen de medisch-ethische plichten die in het geding zijn. Het gaat om een goede, transparante en zorgvuldige balans tussen respect voor autonomie, het beschermingsbeginsel van weldoen en niet schaden en de maatschappelijke verantwoordelijkheid. Het zal duidelijk zijn dat geen pasklare, op alle situaties toepasbare oplossingen te geven zijn. Wel kunnen alle relevante aspecten van elke situatie systematisch en zo mogelijk gestandaardiseerd beoordeeld worden. Het resultaat wordt afgewogen in het licht van de verschillende ethische principes. Daarmee wordt duidelijkheid en transparantie bereikt over de afwegingen, ook ten behoeve van het overleg met de patiënt, diens naasten en andere professioneel betrokkenen. Tenslotte is die systematische besluitvorming de basis van het deskundigenverslag voor de rechterlijke besluitvorming.

1.2 Het professionele kader

De commissie beperkt zich in deze richtlijn tot het handelen van de psychiater en arts-assistenten (voor zover zij onder supervisie van een psychiater werken), maar realiseert zich dat andere disciplines, vooral de verpleegkundige, de maatschappelijk werkende, de psycholoog, de psychotherapeut en andere artsen, ten nauwste betrokken zijn bij de uitvoering van dwangmaatregelen. De psychiater heeft echter een eigen, in de Wet Bopz vastgelegde verantwoordelijkheid inzake dwangtoepassing. De commissie neemt de kerncompetenties van de medisch specialist, zoals die opgenomen zijn in de *Profielschets psychiater* (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2005), tot uitgangspunt voor de eisen die men aan de beroepsuitoefening van de psychiater mag stellen. Het vermogen een goede

diagnose te stellen en het juist inschatten van de behandelmogelijkheden volgens de state of the art nemen daarbij een centrale plaats in. Alleen vanuit een totaalvisie op de behandeling die een patiënt nodig heeft, kan worden beoordeeld wat de betekenis van dwangtoepassing in het behandelproces is. Alleen vanuit een dergelijk professioneel gezichtspunt kan de psychiater inzicht krijgen in effectiviteit en schadelijkheid van een voorgenomen dwangtoepassing. Dit past bij de opvatting in deze richtlijn dat dwangtoepassingen steeds belangrijke aspecten van medische interventies zijn waarbij de primaire doelstelling van de psychiater is het verbeteren van de toestand van de patiënt. Dit laat onverlet dat de psychiater ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft (zie 1.3) en met respect voor het juridische kader moet werken.

Daarnaast zijn competenties op het gebied van communicatie, reflectie, procesbewaking en vormgeving van de relatie met de patiënt in deze problematische omstandigheden vereist. Werken binnen het professionele kader veronderstelt ook een vorm van reflectie bij de psychiater, waarbij hij zich in het kader van de Wet BIG af moet vragen in hoeverre hij als persoon voldoende getraind is om bekwaam geacht te mogen worden de besluitvorming zoals die in het kader van de Wet Bopz vereist wordt, te kunnen uitvoeren. Bevoegdheid impliceert niet noodzakelijkerwijs bekwaamheid. Belangrijke eisen die men vanuit het professionele kader aan de toepassing van dwang in de psychiatrie mag stellen, vindt men terug in de acht zogeheten 'Kwaliteitscriteria dwang en drang' van Berghmans e.a., 2001 (GGZ Nederland), zie bijlage 1. De criteria zijn niet alleen voor het handelen van de psychiater bedoeld, maar voor allen die bij de toepassing van dwang en drang betrokken zijn. De commissie acht ze zonder meer ook toepasbaar op het handelen van de psychiatrische discipline. Dat laat onverlet dat zij ruimte laten voor elke discipline om het eigen aandeel specifiek in te vullen. Zij worden hier genoemd als een multidisciplinair bruikbaar kader waarbinnen de meer specifieke aanbevelingen voor de psychiater goed inpasbaar zijn.

1.3 Het maatschappelijke kader

Bij het uitoefenen van dwang in de psychiatrie speelt niet alleen de relatie tussen patiënt en arts een rol. De psychiater handelt ook in een maatschappelijke context en ziet zich daarbij in verschillende rollen geplaatst ten opzichte van anderen, zoals familieleden van patiënten, burens, andere hulpverleners, burgers, politie, magistraten en andere overheidsvertegenwoordigers. Allereerst poogt de psychiater de patiënt zo zelfstandig mogelijk in de maatschappij te laten participeren. In de rol van bemiddelaar tussen patiënt en de maatschappelijke omgeving kan de psychiater met actieve steun en (soms blijvende) zorg de patiënt helpen om zich in de maatschappij staande te houden. Ten slotte plaatst de Wet Bopz de

psychiater in de rol van beoordelaar wanneer beoordeeld moet worden of dwang noodzakelijk is. Soms kan dwang noodzakelijk zijn om gevaar voor de patiënt zelf af te wenden, maar sommige van de redenen om dwang in de psychiatrie toe te passen, zijn direct gerelateerd aan de bescherming van de maatschappij.

Artikel 1f van de Wet Bopz geeft een opsomming van de verschillende vormen van gevaar, waarbij nadrukkelijk ook het gevaar voor (en door) anderen en het gevaar voor algemene veiligheid van personen of goederen wordt genoemd. De psychiater die een patiënt beoordeelt in het kader van een dwangopneming, vervult op dat moment een publieke taak. Hij dient ook de maatschappelijk overlast te onderzoeken. Hierbij gaat het vooral om de gevaarcriteria 'gevaar voor algemene veiligheid van personen en goederen'; 'gevaar voor de psychische gezondheid van een ander' en 'gevaar met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproepen'. Over deze rol wordt door psychiaters verschillend gedacht. Soms vreest men te snel te worden ingezet als overlastbestrijder (gezondheidspolitie) en daarmee de arts-patiëntrelatie te schaden.

De jurisprudentie biedt hierbij enig houvast, maar het is steeds de persoonlijke afweging van de beoordelend psychiater (uiteeraard binnen de juridische kaders) die de doorslag geeft. Een bewustzijn van eigen normen en waarden en de invloed hiervan op de beslissing tot het al dan niet toekennen van een Wet Bopz-maatregel is van groot belang. Het gaat hier bijvoorbeeld over opvattingen over het belang van de patiënt (bijvoorbeeld autonomie, het recht op een eigen levensstijl enzovoort) tegenover het belang van de omgeving (bijvoorbeeld vernieling van goederen of verstoring van de openbare orde). Bij het nemen van deze beslissing gelden niet alleen de vereisten van een psychiatrische stoornis die het gevaar veroorzaakt (zie hoofdstuk 5, paragraaf 2.1, 2.2 en 2.3) maar ook de principes van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid (zie hoofdstuk 5, paragraaf 1.4). In geval van twijfel over de juridische haalbaarheid (bijvoorbeeld op grond van de jurisprudentie) bij vanuit een professioneel gezichtspunt noodzakelijke toepassing van een Wet Bopz-maatregel, adviseert de commissie als het gaat om de aanvraag van een dwangopname daar niet bij voorbaat van af te zien, maar eventueel na overleg met de officier van justitie de rechter te laten oordelen.

Daarbij kan in deze situaties de overlast soms meer worden geconcretiseerd door andere partijen te (laten) horen of bijvoorbeeld met dagrapporten van de politie die het Openbaar Ministerie in het kader van een Wet Bopz-procedure ter beschikking kan stellen. Het is echter uiteindelijk de psychiater zelf die, alles gewogen hebbende, het besluit moet nemen om een Wet Bopz-maatregel aan te vragen, dan wel als onafhankelijk psychiater een geneeskundige verklaring op te maken. Binnen dit maatschappelijke

kader is het ten slotte van belang dat de psychiater als een van de betrokken disciplines bij gevaarbeoordeling en -afwending daarvan, nauw samenwerkt met huisartsen en andere betrokken hulpverleners, zoals maatschappelijk werk en verpleegkundigen, politie, ambulance personeel en naasten. Daarbij heeft hij de taak om enerzijds adequaat gegevens uit te wisselen en anderzijds de privacy van patiënten te respecteren. De *Handreiking gegevensuitwisseling in het kader van de bemoeizorg* (GGZ Nederland, GGD Nederland, KNMG, 2005) biedt hierin een handvat. In die samenwerking met andere belanghebbenden is ook de transparantie in en zo nodig uitleg van besluiten noodzakelijk, bijvoorbeeld aan familieleden of politiefunctionarissen wanneer besloten wordt om geen geneeskundige verklaring aan te vragen of af te geven.

1.4 Het wettelijke kader en de begrippen subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid

Het wettelijk kader is breder dan de vier wetten die hierna besproken worden en die over het thema dwangtoepassing in de algemene psychiatrie expliciete en specifieke uitspraken doen. Men komt hierbij ook voortdurend in aanraking met de andere wetten die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg, de beroepsuitoefening en de patiëntenrechten (bijvoorbeeld: de Wet BIG, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector). Maar ook het strafrechtelijke en het bestuursrechtelijke kader doen soms hun invloed gelden. De commissie is zich daarvan in voorkomende gevallen bewust en zal dat dan ook zo nodig ter sprake brengen. Zij ziet er echter vanaf er hier expliciet en thematisch op in te gaan en verwijst daarvoor naar de hierop betrekking hebbende literatuur. In paragraaf 1.4.4 komen drie uiterst belangrijke algemene juridische principes aan de orde.

1.4.1 Grondwet

In een gewone behandelingsrelatie staat de autonomie, het zelfbeschikingsrecht van de patiënt centraal. Dit recht bepaalt dat een hulpverlener alleen met instemming van de patiënt een onderzoek of behandeling mag uitvoeren. In de Grondwet (www.overheid.nl) is het recht op zelfbeschikking verankerd in het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (artikel 10), het recht op onaantastbaarheid van het lichaam (artikel 11) en het verbod op vrijheidsbeneming indien niet volgens of krachtens de wet bepaald (artikel 15).

1.4.2 Kwaliteitswet zorginstellingen

De Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ, www.overheid.nl) is een kaderwet waarin enkele eisen door de wetgever zijn vastgelegd waaraan de zorgaanbieder moet voldoen. De wijze waarop aan die eisen wordt voldaan, is niet wettelijk voorgeschreven, maar is overgelaten aan het veld. Binnen

bepaalde grenzen is de instelling vrij een eigen kwaliteitsbeleid vast te stellen. De eis van verantwoorde zorg wordt enigszins ingevuld door de wetgever: onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van een goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. In de kwz heeft de wetgever expliciet een meldplicht betreffende calamiteiten en seksueel misbruik vastgelegd voor de zorgaanbieder.

1.4.3 *Wet geneeskundige behandelovereenkomst*

De Wet geneeskundige behandelovereenkomst (wgbo, www.overheid.nl) is een algemene wet waarin het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt in de gezondheidszorg als uitgangspunt is genomen. Dat uitgangspunt komt onder andere tot uitdrukking in de regel dat er in principe geen behandeling plaatsvindt zonder toestemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger. In de wet zijn aparte regels opgenomen voor minderjarigen, voor wilsonbekwamen en voor situaties waarin de patiënt geen overeenkomst heeft gesloten maar waarop bepalingen van de wgbo desalniettemin van toepassing kunnen zijn. Behalve voor patiënten die in het kader van de Wet Bopz zijn opgenomen, geldt dit bijvoorbeeld ook voor mensen die een infectieziekte hebben en op grond daarvan aan wettelijke maatregelen worden onderworpen of de verplichte bloedproef in het kader van de Wegenverkeerswet.

Van belang is dat ook in dit soort gevallen de hulpverlener voldoet aan de eisen van goed hulpverlenerschap. De ruimte voor zelfbeschikking is begrensd. Er is een grens omdat ook anderen rechten hebben, bijvoorbeeld het recht op een eigen persoonlijke levenssfeer, en anderen mogen geen schade oplopen. De speciale regeling binnen de wgbo betreft de situatie dat een patiënt niet in staat is zijn wil met betrekking tot de behandeling en/of zorg te bepalen. Dan kan het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt worden ingeperkt. Bij verzet van de patiënt tegen een behandeling van ingrijpende aard die kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen (artikel 7:465, zesde lid BW), kan die behandeling met toestemming van de vertegenwoordiger worden uitgevoerd. Een exceptie op het zelfbeschikkingsrecht, zoals bij wilsonbekwaamheid, vereist een zorgvuldige beoordeling en afweging van het *informed consent* en de klinische context (Tholen, 2004a, hoofdstuk 7; 2004b).

In alle gevallen moet bij een exceptie de norm, dat wil zeggen de zelfbeschikking, zo veel mogelijk worden gehandhaafd. De periode en de omvang van de beperking van het zelfbeschikkingsrecht moeten zo kort en zo klein mogelijk zijn. Ook moet de behandeling of maatregel gericht zijn op het herstel van de zelfbeschikking. Dit uitgangspunt pleit bijvoorbeeld voor het eerst behandelen van een delirant toestandbeeld of een ernstige depressie indien geen *informed consent* mogelijk is, waarna de patiënt na herstel

van de wilsbekwaamheid zelf een besluit kan nemen over bijvoorbeeld een ingrijpende somatische behandeling of het voortzetten van de behandeling. Het grootste gedeelte van de dwangtoepassing in de psychiatrie vindt plaats in het kader van de Wet Bopz en deze richtlijn schenkt hieraan dan ook de meeste aandacht. Hoofdstuk 7 behandelt de niet onbelangrijke vormen van dwang die in het kader van de WGBO worden toegepast.

1.4.4 Subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid

Bij de besluitvorming tot dwangtoepassing zijn drie – samenhangende – principes belangrijk: subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid. Het gaat hier om algemeen-juridische principes, waaraan elke dwangtoepassing moet worden getoetst. Men kan hun betekenis daarom niet overschatten. Ze overstijgen het juridisch kader in engere zin. Ze zouden zelfs ook als belangrijk uitgangspunt voor het professionele en zelfs voor het ethische kader kunnen dienen. Het gaat om de volgende principes die men ook vindt in het vijfde en zesde kwaliteitscriterium van Berghmans e.a. (2001, zie bijlage 1).

- Subsidiariteit: een ingrijpende maatregel is alleen toelaatbaar als met een lichtere niet kan worden volstaan.
- Proportionaliteit: de ingreep of maatregel moet in verhouding staan tot het te voorkomen gevaar. De argumentatie voor een inbreuk op de zelfbeschikking moet sterker zijn naarmate die inbreuk meer de intieme sfeer en de lichamelijke en geestelijke integriteit raakt. Ook moeten de veiligheid van de eventueel op te leggen maatregel en de zwaarte van de ingreep in aanmerking worden genomen. De maatregel mag niet verder gaan dan strikt noodzakelijk. Daar waar mogelijk moet de zelfbeschikking worden gehandhaafd en dient het toestemmingsvereiste te worden toegepast.
- Doelmatigheid: de behandeling of maatregel moet effectief zijn in het afwenden van het gevaar.

1.5 Conclusie

Elk proces van dwangtoepassing in de psychiatrie moet uiteindelijk vooraf en achteraf getoetst worden met de aan deze vier kaders ontleende criteria. De principes van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid nemen daarbij een centrale positie in. Niet alleen voor de psychiater is het belangrijk om zich bij elk concreet besluit van deze vier kaders bewust te zijn, de kaders kunnen ook als leidraad dienen voor een zo transparant mogelijke communicatie van de motivatie van de beslissing tegenover alle betrokken partijen. De eis van communicatie is inherent aan het werken binnen de vier kaders. Elementen van de volgende conclusie (conclusie 1) zal men daarom in veel van de volgende aanbevelingen terugvinden (de aanbevelingen 1, 2, 9, 10 enzovoort).

Conclusie 1

Het toepassen van dwang in de psychiatrie moet opgevat worden als een aspect van een medische interventie die binnen een ethisch, juridisch en maatschappelijk kader door een medicus wordt uitgevoerd. Bij de besluitvorming tot (adviseren over) toepassing van dwang dient men zich steeds te bezinnen op de eisen die vanuit deze kaders worden gesteld. Hoezeer ook maatschappelijk gewenst en noodzakelijkerwijs juridisch steeds te verantwoorden, het handelen van de psychiater is uiteindelijk primair een geneeskundig handelen.

Bij het bewust werken vanuit de genoemde kaders zal men in een concrete situatie soms geconfronteerd worden met het ontbreken van compatibiliteit, of met de slechts gedeeltelijke compatibiliteit van de kaders. Bij het afwegen en overbruggen van tegenstellingen is toepassing van de principes subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid aangegeven. Een concrete uitwerking van genoemde kaders in eisen waaraan een kwalitatief hoogwaardige toepassing van dwang in de psychiatrie moet voldoen, vindt men in de zogeheten *Kwaliteitscriteria dwang en drang* van Berghmans e.a. (2001, zie bijlage 1).

De psychiater kan als een van de centrale actoren bij het initiëren, uitvoeren en beëindigen van dwang in de psychiatrie de kwaliteit daarvan verhogen door zich in voorkomende gevallen actief in te zetten voor een optimale communicatie en samenwerking met alle betrokken partijen waaronder ook de familie. Uiteraard met zoveel mogelijk respect voor de privacy van de patiënt, zoals die in het kader van de arts-patiëntrelatie gegarandeerd dient te zijn. De *Handreiking gegevensuitwisseling in het kader van de bemoeizorg* (GGD Nederland, GGZ Nederland, KNMG, april 2005) en *Betrokken omgeving: Modelregeling ggz-instelling/naast-betrokkenen* (Blaauwbroek, 2004) bieden hierbij een handvat.

2 Gegevens uit onderzoek

De hier weergegeven gegevens betreffen een aantal algemene aspecten van dwangtoepassing. Meer specifieke onderzoeksresultaten, zoals over schadelijke bijwerkingen van gedwongen behandeling met medicatie of elektroconvulsie therapie (ECT), separatie en effectiviteit van ambulante dwang worden besproken bij de betreffende onderwerpen (respectievelijk in de hoofdstukken 6 en 9)

2.1 Epidemiologie van dwang in Nederland

De laatste decennia is het aantal Wet Bopz-opnemingen zeer sterk gestegen. Het aantal inbewaringstellingen is in de periode 1986 tot 2006 verdubbeld van 25 tot 50 per 100.000 inwoners, en het aantal rechterlijke

machtigingen is in minder dan 10 jaar tijd bijna verdubbeld van 28 naar 55 per 100.000 inwoners (gegevens afkomstig van de Inspectie voor de Gezondheidszorg). De reden voor de stijging ligt waarschijnlijk in een combinatie van factoren: vervanging van de Krankzinnigenwet door de Wet Bopz (1994), maatschappelijke ontwikkelingen zoals uiteenvallen van sociale verbanden en toename van drugsgebruik, afnemende tolerantie, ontwikkelingen in de zorg en demografie (Mulder e.a., 2006).

Ook zijn er veranderingen opgetreden in de vorm van gevaar voor een lastgeving tot inbewaringstelling. De laatste jaren gebruiken psychiaters steeds vaker de vormen van gevaar: 'oproepen van agressie door hinderlijk gedrag'; 'gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen'; 'zelfverwaarlozing' en 'maatschappelijke teloorgang' als reden voor dwang. Het gebruik van de vormen 'het gevaar zich van het leven beroven of zichzelf ernstig letsel toebrengen' en 'het gevaar een ander van het leven te beroven of ernstig lichamelijk letsel toebrengen' bleef ongeveer hetzelfde (Mulder e.a., 2006). Deze verschuivingen geven de bandbreedte aan van de invulling van de vormen van gevaar (zie 3.2.2).

In Nederland en internationaal zijn er verschillen in het aantal dwangopnamen (Mulder e.a., 2006). In de Randstad vinden ongeveer anderhalf keer zoveel dwangopnamen plaats als daarbuiten, vooral veroorzaakt door het voorkomen van meer ernstige psychiatrische patiënten in de grote steden. Internationaal zijn er grote verschillen, waarbij het laagste aantal dwangopnamen gevonden is in Portugal (6 per 100.000 inwoners) en het hoogste in Finland (218 per 100.000 inwoners: Salize & Dressing, 2004). Het is niet duidelijk waardoor deze grote internationale verschillen worden veroorzaakt.

Het aantal keren dat middelen en maatregelen worden ingezet, staat ter discussie. Recent onderzoek laat zien dat er in 2003 ongeveer 18.000 separaties per jaar plaatsvonden in Nederland, waarbij zowel vrijwillige (54%) als onvrijwillige separaties (46%) zijn meegenomen (Lendemeijer, 2006). Dit aantal werd geëxtrapoleerd voor geheel Nederland vanuit een onderzoek dat binnen twaalf ggz-instellingen plaatsvond in 2003. Dit aantal bleek groter dan de 'officiële' aantallen gerapporteerd aan de inspectie, namelijk 5.900 separaties in 2003. Deze betroffen echter slechts de onvrijwillige separaties (in het kader van dwangbehandeling of in noodsituaties). Ook de gegevens over andere middelen en maatregelen bleken onvoldoende betrouwbaar om goed inzicht te krijgen in de omvang van het gebruik van de middelen.

2.2 Onderzoek verricht ten behoeve van de richtlijnontwikkeling

In opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en het ministerie van vws zijn gelijktijdig met de start van de richtlijncommissie deelonderzoeken uitgevoerd die van belang zijn in het kader van de

ontwikkeling van deze richtlijn. In het volgende wordt slechts de samenvatting van deze vier onderzoeken gegeven. Voor de complete beschrijvingen ervan wordt verwezen naar het separaat uitgebrachte verslag van Schoevers, Stikker, Van de Ven-Dijkman en Sikkens: *Onderzoeksverslag ten behoeve van de ontwikkeling van een richtlijn dwangopname in het kader van de Wet Bopz in Nederland* (Schoevers e.a., 2006).

2.2.1 *Systematisch overzicht van de jurisprudentie over de toepassing van de criteria voor dwangopname in Nederland (vraag 3)*

Een belangrijke bevinding van deze deelonderzoeken (Schoevers e.a., 2006) bleek de constatering dat het niet mogelijk was om een compleet overzicht te verkrijgen van de circa 13.000 rechterlijke uitspraken ter zake die in de onderzoeksperiode van 2002 tot 2006 zijn gedaan. Er moest worden volstaan met een selectie van circa 230 uitspraken daaruit, zoals die in het tijdschrift *Bopz Jurisprudentie* zijn gepubliceerd. De representativiteit van deze steekproef is niet bekend. Het lijkt gewenst dat de rechtbanken in de toekomst een gemakkelijk toegankelijk compleet systeem van uitspraken ontwikkelen.

In dit deelonderzoek van de genoemde steekproef werd geconcludeerd dat afwijzingen door rechters van aanvragen tot dwangopname voor het overgrote deel gebaseerd zijn op formele argumenten. In de eerste plaats blijkt er opmerkelijk weinig discussie te zijn over de aard en de ernst van het gevaar. Dat kan natuurlijk veroorzaakt worden door het feit dat psychiater en rechter het heel vaak op dat punt eens zijn. Maar ook andere verklaringen zijn mogelijk.

Het kan ook zijn dat psychiaters teveel anticiperen op de juridische haalbaarheid van een aanvraag tot dwangtoepassing (zie ook de paragrafen 2.2.3 en 2.2.4). Het is namelijk niet bekend hoe vaak psychiaters er op professionele gronden van overtuigd zijn dat er sprake is van gevaar in de zin van de Wet Bopz, maar op grond van hun ervaring of een niet voldoende getoetste eigen interpretatie van de wet, als behandelaar afzien van het aanvragen van een geneeskundige verklaring of als onafhankelijk psychiater afzien van het uitschrijven van een geneeskundige verklaring voor de aanvraag van een maatregel bij de rechter. Het lijkt aan te bevelen in zulke gevallen als behandelaar toch een aanvraag voor een geneeskundige verklaring te doen, of, als onafhankelijk psychiater, een goed onderbouwde en uitvoerige geneeskundige verklaring op te stellen, zo mogelijk na overleg met de officier van justitie. Uiteindelijk komt er dan een uitspraak van de onafhankelijke psychiater, respectievelijk de rechter. Dat laatste kan in ieder geval helpen bij het verhelderen van een dergelijk criterium, omdat nieuwe jurisprudentie ontstaat.

Mogelijk biedt de Wet Bopz in dit opzicht dus meer ruimte dan tot nu toe gebruikt wordt. In de tweede plaats is geconcludeerd dat er weinig dis-

cussie gevonden kon worden over het zeer actuele thema: ‘verslaving als psychiatrische stoornis in de zin van de Wet Bopz’. Ook in dit opzicht kan het zinvol zijn nieuwe jurisprudentie te scheppen door goed onderbouwde aanvragen voor dwangtoepassing bij deze stoornis. De volgende conclusie vindt men terug in diverse aanbevelingen (de aanbevelingen 8, 9 en 14).

Conclusie 2

Het is zinvol om, in gevallen waarbij de psychiater professioneel dwangopname absoluut noodzakelijk en gerechtvaardigd acht, maar op grond van ervaring of eigen interpretatie van de wet ertoe neigt daarvan af te zien, in de rol van behandelaar de procedure tot aanvragen van een machtiging voor dwangopname, een voldoende uitgebreide en volledige geneeskundige verklaring af te geven, en aard, omvang en ernst van vooral het gevaar uitvoerig toe te lichten en te specificeren. Hierdoor kan verdere jurisprudentie ontwikkeld worden. Vooroverleg met de officier van justitie c.q. de burgemeester in geval van lastgeving tot IBS is hierbij aan te bevelen.

Verder verdient het aanbeveling om te komen tot een beter toegankelijk systeem waarin de landelijke jurisprudentie ter zake overzichtelijk geordend en gemakkelijk toegankelijk is.

2.2.2 Literatuuronderzoek naar de positieve en negatieve effecten van de dwangopname vanuit het behandelperspectief (vraag 4 en 5)

De centrale vraagstelling van dit literatuuronderzoek is de volgende: ‘Wat is het effect van een dwangopname op het beloop van psychiatrische aandoeningen (op korte en lange termijn), in hoeverre beïnvloedt deze de motivatie en attitude van patiënten (op korte en lange termijn), en hoe en in welke mate zou een dwangopname, of juist het afzien van dwangopname, patiënten kunnen schaden?’

Methode

Voor het beantwoorden van deze vraag is een systematisch literatuuronderzoek verricht. Vier elektronische databestanden werden systematisch doorzocht: Medline (1966-mei 2005), Embase (1988-mei 2005), Cinahl (1982-mei 2005) en Psychinfo (1984-mei 2005). Een identieke zoekstrategie, onderverdeeld in 9 stappen, is toegepast voor iedere database afzonderlijk. Daarbij is naast ‘dwangopname’, ook gezocht op ‘dwangbehandeling’, aangezien deze twee vormen van dwang in de internationale literatuur niet altijd als gescheiden entiteiten worden gezien. Omdat te verwachten was dat dwangopname niet of nauwelijks in gerandomiseerde, gecontroleerde studies was onderzocht, werden verschillende typen studies (open studies, cohortstudies, casecontrols) in de literatuursearch opgenomen. De inclusiecriteria voor dit literatuuronderzoek zijn:

- het betreft onderzoek naar de effecten van dwangopname;
- het betreft onderzoek met originele data.

De exclusiecriteria voor dit literatuuronderzoek zijn:

- onderzoek dat niet de effectiviteit van dwangopname betreft (maar bijvoorbeeld epidemiologische gegevens die de kans op dwangopname verhogen);
- onderzoek zonder originele data;
- casuïstische mededelingen;
- onderzoek binnen de forensische psychiatrie.

Uitkomsten

Uit dit literatuuronderzoek blijkt dat het instrument van de gedwongen opname over het algemeen niet het beloop van de psychiatrische aandoening of de therapietrouw van de patiënt negatief beïnvloedt (bewijskrachtniveau 2, zie bijlage 8) en dat dit instrument, naast het voorkomen van gevaar, mogelijk de prognose en de therapietrouw kan verbeteren. Na een dwangopname is steeds 50 tot 90% van de patiënten achteraf positief over de opname (bewijskrachtniveau 2). De meeste studies vonden bovendien dat 50% tot 93% van alle gedwongen opgenomen patiënten na verloop van de maatregel toch in enige vorm van behandeling blijft (bewijskrachtniveau 2), of zij vonden geen verschil tussen het percentage vrijwillige en onvrijwillige patiënten dat in behandeling blijft (bewijskrachtniveau 2). Echter, een substantiële minderheid van de onvrijwillig opgenomen patiënten, van steeds ongeveer 40% (met een spreiding van 18%-55%) is van tevoren negatief over de opname en blijft dit ook wanneer deze heeft plaatsgevonden (bewijskrachtniveau 2). Deze negatieve attitude tegenover opname blijkt gecorreleerd met ernstiger psychopathologie en minder ziekte-inzicht, en met de diagnose schizofrenie (bewijskrachtniveau 3).

De meeste studies vonden een positieve relatie tussen de ervaren dwang door patiënten en een feitelijke dwangopname (bewijskrachtniveau 2). Deze ervaren dwang leidt echter in de meeste gevallen niet tot een negatieve attitude ten opzichte van de opname, of tot geringe behandeltrouw, aangezien steeds 50 tot 90% van de patiënten positief is over de opname en steeds ongeveer 70% in behandeling blijft na de opname. Verder werd gevonden dat respectvolle bejegening, en uitleg over achtergrond en legitimatie van de maatregel, van groot belang zijn voor de beleving en de acceptatie van de toegepaste dwang door de patiënt (bewijskrachtniveau 3). Opmerkelijk is dat (medicamenteuze) dwangbehandeling op zich door patiënten als minder bezwaarlijk wordt ervaren dan andere (vrijheidsbeperkende) controlemaatregelen zoals separatie, fixatie en noodmedicatie (bewijskrachtniveau 3). Om hier meer inzicht in te krijgen zou het wenselijk zijn om te beschikken over een betrouwbaar, gedifferentieerd, landelijk registratiesysteem van de verschillende vormen van dwangtoepassing, dat

als basis voor wetenschappelijk onderzoek ter zake kan dienen.

De dwangopname is langer van duur dan de vrijwillige opname (bewijskrachtniveau 2), maar de behaalde symptoomreductie is dan wel gelijk (bewijskrachtniveau 2). Het aantal heropnamen na een gedwongen opname of na een vrijwillige opname is in de meeste studies gelijk (bewijskrachtniveau 2). Wel is de kans op een gedwongen heropname groter na een eerdere dwangopname (bewijskrachtniveau 2).

Een te noemen kanttekening bij de uitkomsten uit dit onderzoek is dat ervan uitgegaan kan worden dat in bijna alle onderzoeken dwangopname gecombineerd wordt met dwangbehandeling. De combinatie van dwangopname en dwangbehandeling is in de meeste landen dermate vanzelfsprekend dat dit niet nader benoemd wordt in de studies. In Nederland is er een duidelijke scheiding in opname en behandeling, Nederland is hierin echter uniek. De volgende conclusie uit het voorgaande is een van de belangrijke basiselementen voor aanbeveling 21.

Conclusie 3

De beschikbare literatuur ondersteunt niet de visie dat een dwangopname verhindert dat een behandelrelatie tot stand komt, noch dat een dwangopname de behandelrelatie blijvend verstoort. Een meerderheid van de met dwang opgenomen patiënten heeft een positief oordeel over de opname (50-90%) en blijft in behandeling (70%), vergelijkbaar met het percentage bij vrijwillig opgenomen patiënten. De psychiater moet zich echter wel blijven realiseren dat een substantiële minderheid van de met dwang opgenomen patiënten (40%) negatief blijft denken over het aldus gestarte contact met de hulpverlening. Respectvolle bejegening, uitleg over de reden van de dwangtoepassing in het algemeen en de legitimatie daarvan kunnen hierop een gunstige preventieve invloed hebben. De toepassing van de *Kwaliteitscriteria dwang en drang* van Berghmans e.a. (2001, zie bijlage 1) lijkt daardoor extra gelegitiemd te worden.

De effectiviteit van dwangopname (meestal gecombineerd met dwangbehandeling gemeten in symptoomreductie en heropname) is gelijk aan die van een vrijwillige opname. Wel komen gedwongen heropnamen daarna meer voor en de opnamen duren ook langer. Medicamenteuze dwangbehandeling wordt als minder zwaar ervaren dan noodmedicatie, separatie en/of fixatie.

2.2.3 *Literatuur over variabelen die meespelen in de besluitvorming tot dwangopname door psychiaters en rechters (vraag 6)*

Voor dit onderzoek werd gebruikgemaakt van literatuur over besluitvorming tot dwangtoepassing uit de literatuursearch van het onderzoek van Schoevers e.a. (2006), naast crossreferenties. De centrale vraag voor het onderzoek was welke variabelen een rol speelden bij de besluitvorming tot onvrijwillige opname door psychiaters en rechters, en in welke mate deze in de afweging betrokken werden. Gevonden werd dat de wettelijke gevaarcriteria het sterkst correleren met de beslissing (c.q. het advies aan de rechter) tot dwangopname door psychiaters (bewijskrachtniveau 2). Klinische variabelen, zoals vooral psychotische verschijnselen en in mindere mate (non-) compliance en behandelbaarheid, spelen een kleinere rol in de afweging (bewijskrachtniveau 2). De beslissing tot dwangopname wordt genomen in situaties waarin een (ernstig) gevaar zich voordoet als gevolg van een (ernstige) psychiatrische stoornis waarbij de sociale context (steun van de familie, huisvesting, werk) vrijwel is weggefallen. De opvatting van de arts over wat het beste is voor de patiënt, alsmede organisatorische en sociale aspecten, spelen ook een (bescheiden) rol in de beslissingen (bewijskrachtniveau 3).

Over de besluitvorming door rechters werden minder onderzoeken gevonden. In de besproken literatuur bleken echter veel overeenkomsten te bestaan met de besluitvorming van psychiaters: de wettelijke gevaarcriteria en klinische variabelen spelen bij beide een rol; datzelfde geldt voor andere factoren zoals de invloed van familie bij de besluitvorming (druk van de familie, afwezigheid van sociale steun; bewijskrachtniveau 3).

2.2.4 *Verkennend onderzoek naar variabelen in de afwegingen*

Er is een verkennend onderzoek verricht waarin aan de hand van vignetten werd nagegaan of deze variabelen een rol spelen in de afwegingen bij onvrijwillige opname door Nederlandse psychiaters en rechters. Het bleek dat de dwangopname (Wet Bopz) werd gereserveerd voor ernstige psychiatrische stoornissen waarbij het gevaar duidelijk aanwezig was. Opvallend is dat in dit onderzoek verslaving ook werd beschouwd als een stoornis waarvoor dwangopname ingezet kan worden; dit gold niet voor de persoonlijkheidsstoornis. Net als in de literatuurstudie blijkt dat vooral de wettelijke criteria sterk meewegen in de beslissing tot opname; in mindere mate gold dit voor het ontbreken van bereidheid en het ontbreken van alternatieven. Opvallend was dat behandelbaarheid en ontbreken van sociale steun nauwelijks meespeelden in deze beslissingen, hetgeen niet correspondeerde met de bevindingen in de literatuur. Daarbij werd wel enig verschil gevonden tussen psychiaters en rechters, waarbij psychiaters in hun afweging een iets groter belang lijken toe te kennen aan dergelijke klinische factoren.

2.3 Positieve en negatieve effecten van dwangbehandeling met psychofarmaca en ECT

Het effect van vrijwillige behandeling met (meestal oraal ingenomen) psychofarmaca en elektroconvulsiotherapie (ECT) is goed onderzocht. Een probleem ontstaat wanneer een patiënt een geïndiceerde, evidence-based behandeling weigert terwijl deze voor herstel van zijn gezondheid noodzakelijk is. De Wet Bopz maakt bij een opgenomen patiënt dwangbehandeling mogelijk 'voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden' (artikel 38, lid 5) (Van der Klippe, 1997) (NB: na 1 juni 2008 is een wetswijziging van kracht geworden, zie hoofdstuk 9). De aangetoonde werkzaamheid van een bepaalde behandeling en het te verwachten nut voor de patiënt zijn dus geen wettelijk argument om tot dwangbehandeling over te gaan, maar uitsluitend het afwenden van gevaar veroorzaakt door de psychiatrische stoornis. Als 'volstrekt noodzakelijk' wordt alleen die behandeling beschouwd:

- die doelmatig is in het bestrijden van het gevaar (effectiviteit);
- waarbij belasting en risico's in verhouding staan tot het doel (proportionaliteit); en:
- die niet door een minder ingrijpend alternatief kan worden bereikt (subsidiariteit).

In het volgende wordt uitsluitend de effectiviteit van dwangbehandeling beschreven. Proportionaliteit en subsidiariteit komen in hoofdstuk 9, paragraaf 4 aan de orde. Zowel voor de rechter als voor de medicus is de vraag naar de effectiviteit van psychiatrische dwangmedicatie en dwang-ECT relevant. Daarbij is in de zin van de wet uitsluitend de effectiviteit relevant van de dwangbehandeling bij de vermindering van het gevaar. Daar het gevaar door de psychiatrische stoornis wordt veroorzaakt, wordt hier verder de vraag van de werking van de genoemde dwangbehandelingen op de psychiatrische stoornis besproken. Hierbij wordt verondersteld dat verbetering van de psychiatrische stoornis tevens tot vermindering van gevaar leidt.

De werkzaamheid van (oraal en vrijwillig ingenomen) psychofarmaca en (vrijwillige) ECT is genoegzaam aangetoond. Medicamenteuze dwangbehandeling zal veelal door injecties plaatsvinden (zie hoofdstuk 8, paragraaf 4, en bijlage 5 voor de praktische aspecten van dwangbehandeling). In Nederland en andere Europese landen zijn bij talrijke antipsychotica en antidepressiva ook injectievormen voor dezelfde indicatie als bij orale toediening beschikbaar en geregistreerd. Voor de farmacodynamische werking is de wijze van toediening doorgaans niet belangrijk, mits de werkzame stof in de bloedbaan wordt opgenomen. Wel kan de farmacokinetiek anders zijn dan bij orale toediening: de verhouding tussen dosis en plasmaspiegel van het medicijn alsook het beloop van de spiegel kan afwijken. Verder kan

de verhouding tussen de werkzame stof en de (meestal eveneens werkzame) afbraakproducten door het ontbreken van het *first pass*-effect bij parenterale toediening veranderen. Met deze effecten kan bij de dosering van het toegediende geneesmiddel rekening worden gehouden. Daarom veronderstellen registratieautoriteiten vergelijkbare werking als bij het overeenkomstige orale middel.

Bij dwangtoepassing van ECT verschilt de technische uitvoering niet van de vrijwillige behandeling. Zo gezien is er geen reden om effectiviteit te betwijfelen (bewijskrachtniveau 4). Nu is er geopperd dat patiënten met dwangbehandeling wel eens anders zouden kunnen reageren dan patiënten met vrijwillige behandeling (Verhoeven, Janssen & Broers, 2000). Het kan immers wel dezelfde ziektebeelden betreffen, maar deze patiënten verzetten zich tegen medicatie en/of ECT, zijn veelal ernstiger ziek, wilsonbekwaam, met uit hun ziekte voortkomend gevaar voor zich zelf en anderen en een gebrek aan ziektebesef. Dit is een bekend klinisch probleem: patiënten die aan wetenschappelijk onderzoek deelnemen, verschillen gedeeltelijk van de patiënten in de klinische praktijk. Dit leidt er overigens niet toe dat artsen uitsluitend die patiënten een bepaalde behandeling geven die volstrekt overeenkomen met de patiënten uit het wetenschappelijk onderzoek. Een systematisch literatuuronderzoek levert geen gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) naar dwangbehandeling met psychofarmaca of ECT (Van de Ven-Dijkman e.a., 2006). Vanwege de aard van de genoemde patiëntenpopulatie is het uitermate onwaarschijnlijk dat dergelijke RCT's in toekomst uitgevoerd zullen worden. Bij ontbreken van RCT's is het volgende niveau van bewijs dat van ander, liefst gecontroleerd, onderzoek. Hiervoor werden de 41 gevonden publicaties in het systematisch literatuuronderzoek van Van de Ven-Dijkman e.a. (2006, zie ook paragraaf 2.2.2.) op informatie over dwangbehandeling met ECT of psychofarmaca bekeken. Helaas vermelden de meeste publicaties de tijdens gedwongen opname toegepaste behandeling niet uitdrukkelijk. Slechts het onderzoek van Steinert en Schmid (2004) is hierover duidelijk. Bij twee onderzoeken werd aanvullende informatie over medicatie bij de auteurs ingewonnen, zodat ook deze publicaties konden worden geïncludeerd (Mc Evoy e.a., 1989; Kjellin e.a., 1997). Vanwege het kleine aantal studies werd vervolgens handmatig verder gezocht, werden kruisverwijzingen nagekeken en deskundigen geraadpleegd, wat nog zeven additionele onderzoeken en een casusbeschrijving opleverde (Hoge e.a., 1990; Cournos, McKinnon & Stanley, 1991; Lokshin e.a., 1999; Wheeldon e.a., 1999; Vaughan e.a., 2000; Kats e.a., 2003; Muirhead, Harvey & Ingram, 2006; Schulte e.a., 2007). Steinert en Schmid (2004) vergeleken vrijwillig en gedwongen opgenomen en (ook met medicatie) behandelde psychotische patiënten en vonden evenveel of eerder meer verbetering op meetschalen voor psychopathologie en algemeen functioneren bij de gedwongen patiënten. Er werden ook

geen aanwijzingen gevonden voor een correlatie tussen dwang en beëindiging van de behandeling tegen medisch advies of weigering van aansluitende ambulante behandeling. In een onderzoek van Kjellin e.a. (1997) werden vrijwillig en gedwongen opgenomen patiënten (ongeveer twee derde met psychose en een derde met een stemmingsstoornis) met elkaar vergeleken. Bij ontslag gebruikte 85% van de gedwongen opgenomen patiënten anti-psychoptica en 11% antidepressiva; van de vrijwillig opgenomen patiënten respectievelijk 64% en 40% (L. Kjellin, persoonlijke mededeling, 2006). Dwang had geen invloed op het slagen van de behandeling: driekwart van de patiënten in beide groepen vond zichzelf verbeterd ten opzichte van hun toestand bij opname. De inschatting door de behandelaar was hiermee in overeenstemming, behalve bij de gedwongen opgenomen patiënten. Bij deze groep vonden de behandelaars de patiënten die zichzelf als verbeterd beschouwden en diegenen die dit niet vonden, in gelijke mate opgeknapt. Sommige onvrijwillige patiënten waren dus meer verbeterd dan zij zelf inschatten. Een derde onderzoek bij patiënten met schizofrenie vond in de vrijwillig en onvrijwillig behandelde groep significante verbetering zonder onderling verschil op een psychoseschaal (McEvoy e.a., 1989). Alle patiënten werden ook met psychofarmaca behandeld (McEvoy, persoonlijke mededeling, 2006). De duur van de opname was niet significant verschillend tussen vrijwillig en onvrijwillig opgenomen patiënten, evenmin als in het onderzoek van Steinert & Schmid (2004). Ook het aantal heropnamen en de gemiddelde opnameduur in de follow-upperiode was in beide groepen gelijk.

Cournos, McKinnon en Stanley (1991) vergeleken in een retrospectief statusonderzoek alle in het jaar 1985 in de *state hospitals* van de stad New York onvrijwillig opgenomen patiënten mét medicamenteuze dwangbehandeling (N = 51, 74,5% met schizofrenie of schizoaffectieve stoornis, 74,6% met antipsychotica) met een welgekozen controlegroep: eveneens onvrijwillig opgenomen patiënten van dezelfde afdelingen die vrijwillig psychofarmaca accepteerden (N = 51, 60,8% met schizofrenie of schizoaffectieve stoornis, 58,9% met antipsychotica). Er bestonden vooraf nauwelijks klinische verschillen tussen de groepen, behalve dat de eerste significant vaker gevaarlijk voor zichzelf of anderen was, hetgeen een voorwaarde vormde voor het aanvragen van medicamenteuze dwangbehandeling. Deze patiënten waren gemiddeld al 17,5 maanden opgenomen, veelal op verblijfsafdelingen. Aan het einde van de behandeling waren de resultaten van de groep met medicamenteuze dwangbehandeling wat betreft psychopathologie en opnameduur eerder iets beter dan van de controlegroep, met zelfs een significant verschil bij de verbetering van waanideeën. Ook bij het ambulante vervolg tot een jaar werden geen verschillen gevonden wat betreft bezoek van polikliniek, medicatietrouw of heropname.

Ook met clozapine zijn twee beschrijvende onderzoeken naar dwang-

behandeling bij therapieresistente psychose verricht (Lokshin e.a., 1999; Schulte e.a., 2007). Het eerste onderzoek stelde 59 therapieresistente patiënten die eerder gunstig op clozapine hadden gereageerd maar vervolgens orale inname weigerden en recideerden, middels injecties opnieuw op clozapine in: na drie tot acht dagen injectiebehandeling waren patiënten dusdanig verbeterd dat zij weer met clozapinetabletten konden worden behandeld. Het tweede, retrospectieve, Nederlandse onderzoek betrof zeventien zeer ernstig zieke patiënten met schizofrenie of schizoaffectieve stoornis, die niet eerder met clozapine waren behandeld. Zij werden onder dwang op clozapine ingesteld. Bij 41% was nooit een injectie nodig en was de pure dreiging voldoende. Na gemiddeld zeven weken was de *clinical global impression severity* (CGI-s) gezakt van 6,4 (zeer ernstig ziek tot behorende bij de meest ernstig zieke patiënten) naar 4,6 (matig tot ernstig ziek).

Bij laatste observatie, na gemiddeld zestien maanden, was het gemiddelde resultaat nagenoeg onveranderd. Elf patiënten gebruikten nog steeds clozapine; tien van hen werden als responder beschouwd (zeer veel of veel verbeterd in vergelijking met begin van de clozapinebehandeling) en gebruikten clozapine nu oraal. Het niveau van vrijheidsbeperking en toezicht (bijvoorbeeld separatie of gesloten afdeling) verbeterde bij twee derde van de patiënten en bleef bij de anderen onveranderd. Geen van de patiënten uit de gehele cohort was bij laatste observatie verslechterd ten opzichte van begin met de clozapinedwangbehandeling. Er werd dus geen aanhoudende schade door de dwangbehandeling met clozapine geobserveerd. Het gevonden responspercentage van 59% komt overeen met getallen bij vrijwillige behandeling met clozapine in ander onderzoek. Deze twee clozapineonderzoeken zijn methodologisch zwakker dan de eerdergenoemde vanwege het ontbreken van een meetschaal of een controlegroep.

Een andere ingang kozen Hoge e.a. (1990) door patiënten die antipsychotica weigeren, te vergelijken met patiënten die deze innemen. Zij onderzochten alle patiënten die in een periode van zes maanden op vier acute opnameafdelingen van de staat Massachusetts werden opgenomen. Onder 1.434 opgenomen patiënten werden 103 gevonden die minstens 24 uur de voorgeschreven antipsychotische medicatie afwezen en niet innamen (65% met schizofrenie of manie). Als controlepatiënt werd steeds de eerstvolgende opname op dezelfde afdeling beschouwd die de antipsychotica wel steeds vrijwillig innam (66% met schizofrenie of manie).

De groepen verschilden niet in ontslagdiagnose, aantal eerdere opnamen, of (on-) vrijwilligheid van de opname. Wel was de psychopathologie gemeten met de *brief psychiatric rating scale* (BPRS) bij de medicatieweigeraars significant hoger. Hierbij past, dat 21% van hen als reden voor de medicatieweigering ontkende een psychiatrische ziekte te hebben en nog eens 30% een idiosyncratische, psychotische reden opgaf. Overigens nam de helft

van de medicatieweigeraars uiteindelijk vrijwillig antipsychotica in. 18% werd door de rechter aangewezen voor medicamenteuze dwangbehandeling.

De onderzoekers ontdekten dat de groep van medicatieweigeraars een significant langere opname had, significant vaker te maken kreeg met middelen en maatregelen en ook significant vaker geweld en geweldsdreiging vertoonden. Daarbij oordeelde de behandelend psychiater dat de weigering van antipsychotica niet alleen bij 70% van de patiënten een negatief effect voor henzelf had, maar bij de helft ook een negatieve invloed op het afdelingsmilieu door onder andere ontwrichtend gedrag (60%) of gewelddadigheid (12%).

De eerste vier hiervoor beschreven, gecontroleerde onderzoeken tonen effectiviteit van klinische dwangbehandeling, vooral betreffende de behandeling van acute psychosen met antipsychotica (bewijskrachtniveau 2). Het vijfde onderzoek toont een verband tussen weigering van antipsychotica en schadelijke effecten als langere opname en meer gevaar alsmede middelen en maatregelen (bewijskrachtniveau 3). Ook bij onderzoek naar dwangbehandeling met clozapine worden geen aanwijzingen voor slechtere werkzaamheid dan bij vrijwillige behandeling gevonden (bewijskrachtniveau 3). Maar wat is de evidentie voor ambulante onderhoudsbehandeling onder dwang? Er is ook gecontroleerd onderzoek naar het effect van ambulante dwangbehandeling met gebruik van psychofarmaca. Muirhead e.a. (2006) onderzochten in Australië ambulante patiënten met schizofrenie en een *community treatment order* (CTO). Dit is een maatregel vergelijkbaar met de Nederlandse voorwaardelijke rechterlijke machtiging (RM). Een verschil met de Nederlandse RM is dat een CTO opgelegd wordt met als doel frequente heropnamen te voorkomen bij een patiënt met gebleken therapieontrouw, vooral medicatieontrouw. Anders dan in Nederland is gevaar geen noodzakelijk criterium. De CTO behelst in het algemeen het verplichte gebruik van psychofarmaca en bezoek van ambulante hulpverleners. Als de patiënt zich ook na een waarschuwing niet aan de voorwaarden houdt, wordt hij gedwongen opgenomen en – bij medicatieweigering – onder dwang hiermee behandeld.

Bij vergelijking van de twaalf maanden met CTO met de twaalf hieraan voorafgaande maanden zonder CTO bleken aantal (eerst gemiddeld 1,5, vervolgens 0,7 per jaar) en duur van opnamen (eerst gemiddeld 32 dagen, vervolgens zeven dagen per jaar), aantal verwijzingen naar crisisteam en aantal andere episodes met terugval (noodzaak van verhoging van medicatiedosis of contactfrequentie) onder CTO significant afgenomen. Het resultaat bleef nagenoeg ongewijzigd als de groepen met orale en depotantipsychotica apart werd geanalyseerd. Echter, bij de groep met orale antipsychotica was de vermindering van het aantal verwijzingen naar crisisteam en aantal andere episodes met terugval niet meer significant.

Een tweede naturalistisch onderzoek vergeleek het effect van ambulante dwangbehandeling met orale en depotantipsychotica bij patiënten met een psychotische stoornis (83% met schizofrenie) (Vaughan e.a., 2000). Inderdaad werden 3 van de 76 patiënten na medicatieweigering in het kader van de CTO naar het ziekenhuis gebracht en zij kregen daar alsnog hun depotinjectie toegediend. Gedurende een periode van gemiddeld 28 maanden werden significant meer patiënten opgenomen die orale antipsychotica hadden voorgeschreven gekregen dan patiënten met depotantipsychotica (48% versus 24%). Daarbij was bij vier van de depotpatiënten de opname vermoedelijk het gevolg van het overzetten op orale medicatie. Na beëindiging van de CTO werd bij krap twee derde van de depotpatiënten deze behandeling gecontinueerd. 38% van hen werd in het vervolg opgenomen, bij de helft binnen acht weken na weigering van de patiënt de depotbehandeling voort te zetten.

Dit voordeel voor depotantipsychotica boven orale antipsychotica werd in het eerdergenoemde onderzoek van Muirhead e.a. (2006) niet gevonden. Daar de indicatie voor orale dan wel depotmedicatie echter niet gerandomiseerd was, is het denkbaar dat in het onderzoek van Muirhead e.a. (2006) patiënten met ernstiger therapieontrouw juist depotmedicatie kregen voorgeschreven, terwijl de behandelaar bij de groep met orale medicatie veronderstelde dat de CTO de compliance met orale medicatie voldoende zou verbeteren. De twee onderzoeken naar effectiviteit van ambulante dwangbehandeling met antipsychotica wijzen op effectiviteit, mogelijk met een voordeel van de depotvorm boven orale toediening (bewijskrachtniveau 2).

Wheeldon e.a. (1999) rapporteren voor dwangbehandeling met elektroconvulsivetherapie (ECT) gunstige resultaten bij de behandeling van depressie: In een Schots onderzoek werden drie cohorten van met ECT behandelde depressieve patiënten met elkaar vergeleken: vrijwillig opgenomen patiënten die informed consent gaven voor de behandeling (N = 133), onvrijwillig opgenomen patiënten die eveneens informed consent gaven (N = 6) en onvrijwillig opgenomen patiënten met dwangbehandeling (N = 11). Er werd geen verschil gevonden tussen de drie groepen in antidepressieve werkzaamheid, het subjectieve oordeel van de patiënt post hoc of de behandeling hielp en de instemming evt. opnieuw ECT te ondergaan. Ook in Nederland is de succesvolle behandeling van een depressieve patiënt met dwang-ECT beschreven (Kats e.a., 2003). Het beschikbare onderzoek toont effectiviteit van dwangbehandeling met ECT bij depressie, al was de zeggingskracht door kleine aantallen beperkt (bewijskrachtniveau 3). De volgende conclusie is een van de belangrijke basiselementen van aanbeveling 21.

Conclusie 4

Dwangbehandeling met psychofarmaca bij psychiatrische patiënten heeft een effectiviteit die vergelijkbaar is met die bij vrijwillig behandelde patiënten. Zij mag dus als effectief worden beschouwd gezien het feit dat de werkzaamheid ervan bij de gebruikelijke indicaties zoals in richtlijnen genoemd vaststaat (bewijskrachtniveau 2). Voor de ECT geldt hetzelfde, zij het door de kleine aantallen op een lager bewijskrachtniveau, namelijk 3.

Hoofdstuk 5

Onderzoek en risicotaxatie

De volgende vragen worden in dit hoofdstuk behandeld.

- 1 Aan welke eisen moet het psychiatrisch onderzoek voldoen, waarin men vaststelt of het aanvragen van een Wet Bopz-maatregel op zijn plaats is, qua vormgeving en uitvoering: met welke attitude voert men het uit, hoe verzamelt men de gegevens, wie en wanneer betreft men daarbij en hoe documenteert men? (Zie paragraaf 1.)
- 2 Aan welke eisen moet het psychiatrisch onderzoek, waarin men vaststelt of het aanvragen van een Wet Bopz-maatregel op zijn plaats is, qua inhoud voldoen? (Zie paragraaf 2.)
- 3 Aan welke specifieke eisen moet het onderzoek voldoen voor het vaststellen van het gevaar zichzelf van het leven te beroven, of ernstig letsel toe te brengen? (Zie paragraaf 3.1.)
- 4 Aan welke specifieke eisen moet het onderzoek voldoen voor het vaststellen van het gevaar anderen van het leven te beroven, of ernstig letsel toe te brengen? (Zie paragraaf 3.2.)
- 5 Aan welke specifieke eisen moet het onderzoek voldoen voor het vaststellen van de andere in de Wet Bopz onderscheiden soorten gevaar? (Zie paragraaf 3.3.)
- 6 Wat is de rol van risicotaxatie-instrumenten bij het onderzoek, vooral van die risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld voor de gevaren als bedoeld bij vraag 3 en 4? (Zie paragraaf 4.)

1 Psychiatrisch onderzoek: vormgeving en uitvoering

Het onderzoek naar noodzaak van behandelen of dwangopname vindt plaats in veel verschillende situaties. De reguliere behandelsituatie is er daar een van. Maar het moet ook verricht worden in situaties waarin de betreffende patiënt geen behandelaar heeft, of diens behandelaar niet geraadpleegd kan worden, en de te hulp geroepen psychiater de rol vervult van consulent, vervanger, crisismanager of beoordelaar van een gevaarsituatie in de zin van de Wet Bopz. Steeds echter zal de psychiater, in welke functie hij ook met de patiënt in aanraking komt, zich moeten realiseren dat de bepalingen van de wGBO ook juridische betekenis hebben als er geen sprake is van een behandelingsovereenkomst (7:464 BW). En dat be-

tekent, dat hij steeds de rol van een goed hulpverlener dient te vervullen en de daarbij passende attitude moet aannemen (7:453 BW).

Conclusie 5

De psychiater kan in verschillende rollen met een patiënt in aanraking komen bij wie onderzoek verricht moet worden vanwege de vraag of toepassing van dwang geïndiceerd is. Steeds echter dient hij de rol van een goed hulpverlener (WGBO) te vervullen en de daarbij passende attitude aan te nemen.

Dat speelt vooral bij vragen vanuit crisissituaties, al of niet in het kader van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), waarin een psychiater te hulp geroepen wordt die formeel dan nog geen behandelrelatie met de persoon heeft. Hoewel de doelstelling van een dergelijk contact vaak versmald wordt tot het beoordelen of al dan niet een dwangopneming in het kader van de Wet Bopz moet worden verzocht, verdient het naar de mening van de commissie aanbeveling dit contact primair te definiëren als crisisinterventie. In principe vindt de inschatting of er dwang toegepast moet worden, ook in een dergelijke situatie altijd plaats binnen een breder professioneel kader, waarin een voorlopige visie gevormd wordt op de behandeling die iemand nodig heeft. Pas met die visie kan worden ingeschat of er andere interventies mogelijk zijn om het eventuele gevaar af te wenden. Men zal eerst pogen een behandelrelatie met de betrokken persoon aan te gaan om op andere wijze het gevaar af te wenden. En wanneer alsnog tot aanvraag van een maatregel moet worden overgegaan, dan zal men de in het contact verworven gegevens die eventueel van belang kunnen zijn voor de verdere behandeling, ook dienen over te dragen aan een behandelend arts. Hoewel men volgens de Wet Bopz bij dit soort contacten ook als beoordelend psychiater mag optreden, zoals in hoofdstuk 5 zal worden beschreven, acht de commissie het gewenst dat de psychiater zich het onderscheiden karakter van beide rollen blijft realiseren, zelfs als die door een en dezelfde persoon worden uitgevoerd. Een OGGZ-contact kan zo intensief worden dat de zich als behandelaar aanbiedende psychiater – ook als geen (vrijwillige) behandelrelatie is ontstaan – niet meer geschikt is om de beoordeling voor een geneeskundige verklaring te doen.

Aanbeveling 1

De psychiater dient het eerste of vervolcontact met een patiënt voor wie een dwangopname of dwangbehandeling overwogen wordt in de eerste plaats als het contact van een goed hulpverlener op te vatten en vorm te geven.

Het psychiatrische onderzoek ter beoordeling of een rechterlijke machtiging dan wel een lastgeving tot inbewaringstelling nodig is vanwege de actuele psychiatrische stoornis waaruit (op dat moment) gevaar voortvloeit, speelt zich nogal eens af in situaties die gekarakteriseerd kunnen worden als een acute of chronische crisis. Soms zijn dat situaties die niet optimaal zijn voor een zorgvuldig onderzoek en dataverzameling. Patiënten die in een ernstige crisis verkeren, worden vaak door psychiaters gezien op eerstehulpstanden van algemene ziekenhuizen of op andere locaties vanuit een crisisdienst. Soms wordt een ernstige crisis geconstateerd tijdens een huisbezoek, bij een regulier ambulante contact of bij een vrijwillig opgenomen patiënt die een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis wil verlaten.

Een evaluatie in een crisissituatie is veelal een onvoorbereide, stressvolle ontmoeting. Een crisissituatie is vaak geladen met de spanning van het moment, waarin tot dan toe vreemden met verschillende verwachtingen en doelen contact zoeken, of juist vermijden. De belangrijkste uitdaging in het begin van het contact met de patiënt is het streven naar een therapeutische werkwijze. Het raadplegen van de crisiskaart van de patiënt, indien aanwezig, kan daarbij behulpzaam zijn. Bij voorkeur zoekt de psychiater de beste en de sterke kanten van de patiënt op. Daarbij hoort, dat hij van meet af aan de patiënt zo goed mogelijk informeert over de eigen functie, het doel en de context van het onderzoek. Natuurlijk zijn er situaties denkbaar waarin zelfs dat beter nagelaten kan worden vanuit het oogpunt van goed hulpverlenerschap, maar in principe zijn dat naar het oordeel van de commissie uitzonderingen op wat in het kader van de WGBO als een standaardregel moet worden beschouwd.

Een tweede regel is, dat men in een zo vroeg mogelijk stadium de huisgenoten en /of betrokken familieleden, kortom het systeem waar de patiënt in leeft, informeert en eventueel bij het proces betreft, uiteraard voor zover dat mogelijk is en bij voorkeur met instemming van de patiënt. Soms vereist het goed hulpverlenerschap dat men daarvan afwijkt: het bevragen van de patiënt kan agressieve reacties oproepen, soms vanuit de eerder beleefde en ervaren onwil van omstanders om de ervaringen van de patiënt te geloven. De psychiater staat dan voor de uitdaging om te komen tot begrip, empathie en inzicht in de noden en angsten van de patiënt en diens omgeving in crisis. Bij meningsverschillen en wanneer een strijd ontstaat over wat 'waar' is, dient de nadruk van 'geloven' te verschuiven naar het samen onderzoeken wat de problemen zijn en hoe de spanning en stress van de situatie te begrijpen is (Appelbaum & Gutheil, 1991).

Tevens kunnen zich in een crisissituatie omstandigheden voordoen die het moeilijk of onmogelijk maken om goede zorg te leveren zonder inbreuk te doen op de gebruikelijke patiëntenrechten en de privacy van de patiënt. Met andere woorden: een medische exceptie kan zich voordoen waarbij de directe noodzaak om klinisch te handelen noopt tot het geven en achterha-

len van informatie zonder nadrukkelijke toestemming van de patiënt. Om medisch noodzakelijke zorg op een verantwoorde wijze te kunnen bieden, is het soms onvermijdelijk om tijdelijk een inbreuk te maken op het recht van betrokkene om informatie te delen met anderen, zonder dat de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven of daarover zelfs geïnformeerd is.

Wanneer de patiënt bijvoorbeeld noodzakelijke anamnestiche informatie niet geeft, kan het voor een verantwoorde klinische beslissing nodig zijn om die informatie elders te verkrijgen. Goede documentatie in het medische dossier is dan van belang met een heldere argumentatie voor het opschorten van de geldende wettelijke regels.

In het medisch dossier dient de beoordeling van de crisis expliciet te worden gedocumenteerd. Daarbij dient duidelijk gemaakt te worden of het gaat om directe eigen observaties, vernomen feiten of observaties, oordelen of vermoedens van derden. Noteer naam, adres en telefoonnummers van informanten die meekomen of benaderd worden in de crisisevaluatie. Het is raadzaam om een uitgebreider verslag te maken van de bevindingen en de afwegingen (risico's, voor- en nadelen) indien besloten wordt om de patiënt (met ontslag) te laten gaan in een twijfelachtige situatie. Indien mogelijk (in de kliniek of op de polikliniek) raadpleegt de behandelend psychiater dan een niet-behandelend collega die, afhankelijk van de ernst van de situatie, de patiënt zelf onderzoekt. Indien deze adviseert of besluit om geen maatregel aan te vragen, bijvoorbeeld een lastgeving tot IBS, geldt ook hier het grote belang van een goed verslag van de bevindingen en de afwegingen. Een aantal van deze noties is ook reeds verwoord in conclusie 1.

Aanbeveling 2

Van elk besluit tot aanvraag van een rechterlijke machtiging, het nalaten daarvan, de voor de situatie noodzakelijke argumentatie en de wijze van uitvoering van dwangtoepassing moet een adequate documentatie in het dossier plaatsvinden. Noteer ook de contactgegevens van informatiebronnen en of het feiten betreft of vermoedens van derden zijn. In voorkomende gevallen dienen in principe altijd de naastbetrokkenen, indien bereikbaar, altijd geïnformeerd te worden; tenzij er zwaarwegende redenen zijn dit te heroverwegen (wilsbekwaam verzet, privacy).

De Wet Bopz regelt de mogelijkheid tot gedwongen opneming en verblijf van mensen met een geestesstoornis en bevat verder de nodige regels ter bescherming van de rechten van de betrokkene tijdens het gedwongen verblijf. De Wet Bopz kent verschillende maatregelen om gevaar af te wenden. In de eerste plaats zijn er mogelijkheden om het gevaar af te wenden zonder dat een gedwongen verblijf noodzakelijk is:

- de voorwaardelijke machtiging (de patiënt blijft buiten de kliniek zolang het goed gaat; indien noodzakelijk kan de machtiging dwangopneming inhouden);
- en in zekere zin ook de zelfbindingsmachtiging.

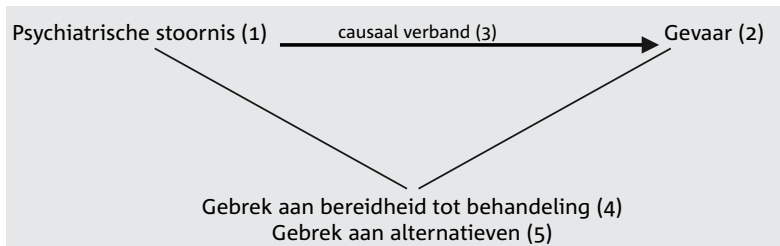
In de tweede plaats zijn er de vier maatregelen die daadwerkelijk tot opneming en verblijf in de kliniek leiden:

- de lastgeving door de burgemeester tot inbewaringstelling, eventueel gevolgd door de rechterlijke machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling (IBS);
- de voorlopige rechterlijke machtiging, eventueel gevolgd door de rechterlijke machtiging tot voortgezet verblijf;
- de rechterlijke machtiging op eigen verzoek;
- de observatiemachtiging, welke ook door de rechter wordt verleend.

Nadat de dwangopneming is gerealiseerd, kent de Wet Bopz verschillende vormen van dwang in de kliniek (zie hoofdstuk 9):

- dwangbehandeling;
- toepassing van middelen of maatregelen;
- beperking van bepaalde vrijheden.

Het doel van het psychiatrisch onderzoek gericht op het in kaart brengen van de mogelijke argumenten voor het verkrijgen van een lastgeving door de burgemeester of een rechterlijke machtiging, is of er wordt voldaan aan de criteria die voor de verschillende machtigingen en de lastgeving tot IBS verschillen. Het wettelijke systeem maakt principieel onderscheid tussen dwangopname en dwangbehandeling. In beide gevallen dient men zich echter de vraag te stellen of het gevaar dat voortvloeit uit de geestesstoornis, niet op een andere wijze is af te wenden. De diagnostiek daarvan ten behoeve van de dwangopname staat hier centraal. In hoofdstuk 9 komt de ten behoeve van de dwangbehandeling aan de orde. Dwangopneming is aan de orde wanneer er ten minste sprake is van: psychiatrische stoornis, gevaar, en gebrek aan bereidheid tot vrijwillig verblijf. Bovendien moet de stoornis de oorzaak zijn van het gevaar en er mogen geen alternatieven voor afwendings van het gevaar dan door de dwangopneming aanwezig zijn (*ultimum-remediumprincipe*). Het gaat om vijf criteria: stoornis, gevaar, causaal verband, gebrek aan bereidheid, geen alternatieven om het gevaar af te wenden.

Figuur 5.1 De vijf criteria voor dwangopneming

Voor de verschillende maatregelen gelden de volgende criteria.

- Lastgeving tot IBS:
 - gevaar;
 - een ernstig vermoeden dat de stoornis gevaar veroorzaakt;
 - het gevaar is onmiddellijk dreigend, en is de reden waarom de gang naar de rechter niet kan worden afgewacht;
 - het gevaar kan niet op een andere wijze dan door de dwangopneming worden afgewend;
 - de betrokkene is niet bereid tot vrijwillig verblijf.
- Voorlopige, voortgezette machtiging: alle criteria.
- RM op eigen verzoek: de betrokkene stemt in met gedwongen opname en het tevoren vastgesteld behandlungsplan.
- Voor de voorwaardelijke machtiging is het criterium dat voor opneming geen alternatief is, vervangen door de eis dat door naleving van voorwaarden het gevaar ambulantly kan worden afgewend.
- Observatiemachtiging:
 - stoornis;
 - ernstig vermoeden dat de stoornis gevaar voor de betrokkene doet veroorzaken;
 - de betrokkene is niet bereid tot vrijwillig verblijf.
- Zelfbindingsmachtiging:
 - subjectief gevaarcriterium;
 - de betrokkene stelt zelf de verklaring op onder welke omstandigheden hij opgenomen wil worden en eventueel onder dwang behandeld wil worden (is dan dus bereid);
 - wel stoornis;
 - causaal verband tussen stoornis en gevaar.

Voor het advies inzake dwangopname staat de diagnostiek centraal van het al of niet aanwezig zijn van een situatie waarin aan deze criteria wordt voldaan. De psychiater speelt bij het uitvoeren van deze diagnostiek een hoofdrol.

2.1 Psychiatrische stoornis in de zin van de Wet Bopz

Volgens de Wet Bopz dient er sprake te zijn van een stoornis van de geestvermogens: 'een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens'. Onder geestvermogens verstaat de wetgever de vermogens tot denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen. Vaststelling van een psychiatrische stoornis in het algemeen is de expertise van de psychiater. De stoornis die de psychiater als deskundige in het kader van de Wet Bopz moet vaststellen, mag men echter niet gelijkstellen aan de diagnose die men bijvoorbeeld in de klinische praktijk of in wetenschappelijk onderzoek moet stellen. De stoornis is pas relevant voor toepassing van de Wet Bopz als deze 'betrokkene gevaar doet veroorzaken', en zodanig dat dwangopneming gerechtvaardigd is.

In de toelichting op de wet (TK 11270; Zuiderhoudt, 2004) staat dat het om situaties gaat 'waarin de stoornis van het denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen zo ingrijpend is, dat de betrokkene het veroorzaakte gevaar als het ware niet kan worden toegerekend'. De patiënt moet als het ware 'een willoos werktuig' zijn volgens Dijkers (Dijkers & Widdershoven, 2006a). Er moet sprake zijn van een *true mental disorder* oftewel een *unsound mind*, zoals beschreven in de jurisprudentie van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de mens en fundamentele vrijheden (EVRM). Het gaat niet alleen om het vaststellen van de aard, maar ook en vooral van de ernst van de stoornis. Voor de gedwongen opneming is de ernst van de stoornis(sen) belangrijker dan de aard van de stoornis.

Centraal staat dat het denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen verstoord is geraakt. Het is een glijdende schaal: er zijn psychiatrische stoornissen waarbij de geestelijke vermogens relatief intact kunnen blijven. Wanneer deze stoornis ernstig wordt, dan kunnen de geestvermogens gestoord raken. Men vergelijk de patiënt met schizofrenie die licht stemmen hoort en de waan heeft afgeluisterd te worden, met de patiënt met schizofrenie die imperatieve hallucinaties heeft met opdrachten om zichzelf te doden. Een ander voorbeeld is nicotineverslaving. Deze leidt niet tot stoornissen in het denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen, tegenover cocaïneverslaving waarbij deze geestvermogens verstoord kunnen zijn.

In een uitspraak van de Hoge Raad uit 2005 wordt gesteld dat verslaving in sommige situaties als stoornis in de zin van de Wet Bopz kan worden gezien. Zij moet dan de oorzaak zijn van gevaarvol handelen, dat voortkomt uit een zodanige verstoring van denken voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen, dat de patiënt als een 'willoos werktuig' moet worden beschouwd (HR 25 september 2005, *BJ* 2005, 35, zie 'Lijst van jurisprudentie' achterin dit boek). Het is aan de psychiater om bij de rechter argumenten naar voren te brengen dat hier de grens is overschreden waardoor de

psychiatrische stoornis ook een stoornis in juridische zin is geworden die ingrijpen in het kader van de Wet Bopz rechtvaardigt. Of van deze stoornis in de zin van de Wet Bopz ook sprake is, wordt uiteindelijk door de rechter beslist. Maar de psychiater kan zeer goed helpen de keuze te verhelderen over de te volgen route, bijvoorbeeld bij iemand met een antisociale persoonlijkheidsstoornis of een verslaving, hetzij in de richting van het strafrecht, hetzij juist niet. In dit soort situaties zal de rechter er natuurlijk voor willen waken dat de strafbaarheid van handelen onvoldoende beargumenteerd wordt opgeschort, door iemand het veroorzaken van het gevaar niet toe te rekenen.

Verschuivende inzichten in wat de aard van een stoornis is, spelen hierbij een niet onbelangrijke rol. Vooral de opvattingen over de mate waarin men iemand zijn gedrag kan aanrekenen, worden hierdoor beïnvloed. De nieuwe inzichten in de rol van genetische en neurobiologische factoren bij het gedrag van personen met verslavingen en persoonlijkheidsstoornissen introduceren een meer genuanceerdere kijk op wat vrijheid van handelen is dan enkele decennia geleden gebruikelijk was, zowel in psychiatrische kring als daarbuiten. Waakzaamheid is geboden: biologische verklaringen mogen niet leiden tot determinisme en reductionisme. Dat neemt niet weg dat men deze verklaringen het juiste gewicht moet geven.

Conclusie 6

Men mag ervan uitgaan dat vele en diverse psychiatrische stoornissen onder uitzonderlijke omstandigheden tot een stoornis in de zin van de Wet Bopz kunnen worden.

Aanbeveling 3

Indien men een maatregel in het kader van de Wet Bopz aanvraagt, dient men steeds te beargumenteren waarom de onderhavige stoornis een stoornis in de zin van de Wet Bopz is. Vooral bij stoornissen waarbij vaak twijfel rijst of dat wel het geval is, zoals verslavingen, persoonlijkheidsstoornissen en dergelijke, moet men zorg dragen voor het duidelijk aantonen van een ontwrichting van (de samenhang van) denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen, welke de betrokkene tot een willoos werktuig maakt en daarmee lijdende aan een *true mental disorder*. Enerzijds moet men niet aarzelen met de aanvraag bij een redelijk sterke overtuiging dat dit het geval is, anderzijds doet men er goed aan de redenen van eventuele twijfels in de verklaring te (doen) vermelden.

2.2 Gevaar

2.2.1 Aard van het gevaar

Allereerst moet de aard van het gevaar worden vastgesteld. In de Wet Bopz (artikel 1) staan gevaarcriteria genoemd die van toepassing zijn bij de keuze voor dwang. Deze criteria zijn tot stand gekomen na een lange maatschappelijke discussie. De gevaarcriteria zijn niet gebaseerd op een classificatiesysteem. Grofweg zijn drie soorten gevaar te onderscheiden: gevaar voor zichzelf, gevaar voor anderen en gevaar voor algemene veiligheid van personen of goederen. Behalve gevaar voor suïcide vallen ook het gevaar van zelfverwaarlozing en gevaar voor maatschappelijke ondergang onder het gevaar voor zichzelf. Een vorm van het gevaar voor anderen betreft verwaarlozing van aan de patiënt toevertrouwde anderen.

De meeste denkbare vormen van gevaar vallen onder een van de genoemde criteria. De opsomming is echter niet limitatief bedoeld. In de gevaarcriteria ligt in zekere zin het 'bestwilcriterium' besloten, aangezien dit grote overeenkomsten vertoont met 'gevaar voor zelfverwaarlozing' en 'maatschappelijke ondergang'. Ook 'noodzaak voor behandeling' (een criterium dat men internationaal nogal eens tegenkomt) is op te vatten als onderdeel van de gevaarcriteria, omdat de 'noodzaak voor behandeling' vaak voortvloeit uit het de noodzaak tot het afwenden van het betreffende gevaar. Het vaststellen van de aard van gevaar is over het algemeen geen probleem en er kunnen meerdere soorten gevaar tegelijk aanwezig zijn.

Overzicht gevaarcriteria volgens de Wet Bopz

- 1 Gevaar voor de patiënt zelf is het gevaar dat de betrokkene:
 - zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen;
 - maatschappelijk te gronde gaat;
 - zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen;
 - met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.
 - 2 Gevaar voor een of meer anderen:
 - gevaar voor de psychische gezondheid van een ander;
 - gevaar dat de betrokkene een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen;
 - gevaar dat de betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen.
 - 3 Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.
-

2.2.2 *Ingrijpendheid en waarschijnlijkheid*

Veel lastiger dan de aard is het vaststellen van de ingrijpendheid (ernst) en waarschijnlijkheid (kans) van het gevaar. De omschrijving van gevaar in de Wet Bopz inclusief de toelichting van de overheid en de jurisprudentie is er in de loop van de tijd niet duidelijker op geworden. We volgen het commentaar van Dijkers (Dijkers & Widdershoven, 2006b), die gevaar definieert als 'een zekere mate van kans, dat iets negatiefs zal gebeuren'. Hij wijst op twee voor de toepassing van de Wet Bopz belangrijke aspecten: ingrijpendheid van de te duchten schade en mate van waarschijnlijkheid van het intreden van het onheil.

2.2.3 *Ingrijpendheid*

Wat de ingrijpendheid van de schade betreft attendeert Dijkers (Dijkers & Widdershoven, 2006b) op het gegeven dat het antwoord op de vraag welke schade nog acceptabel is en welke niet slechts 'in zeer beperkte mate uit de wet volgt'. Het wettelijk criterium is 'in aanzienlijke mate schadelijk (voor betrokkene, een of meer anderen of de algemene veiligheid)'. De acht bekende soorten gevaar (zie het voorgaande Overzicht gevaarcriteria volgens de Wet Bopz) deelt hij in drie klassen van duidelijkheid in om het probleem van de 'vaagheid' van de wettelijke concepten in kaart te brengen.

- Klasse I omvat de gevaren zichzelf of anderen van het leven te beroven.
- Klasse II omvat de gevaren zichzelf of anderen ernstig letsel toe te brengen, dan wel zichzelf te verwaarlozen of maatschappelijk te gronde gaan.
- Klasse III omvat de gevaren door hinderlijk gedrag agressie van anderen op te roepen, de psychische gezondheid van anderen te benadelen, een ander te zullen verwaarlozen en het gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

Het is duidelijk dat de gevaren uit klasse I het minst interpretatie behoeven. De gevaren van klasse II en klasse III zijn veel moeilijker scherp en ondubbelzinnig af te grenzen.

2.2.4 *Mate van waarschijnlijkheid*

Welke mate van waarschijnlijkheid is vereist voor de legitimatie van dwangtoepassing? Ook hierover is de wet vaag. Wij volgen Dijkers (Dijkers & Widdershoven, 2006b). Hij concludeert dat de ondergrens van juridisch relevant gevaar tussen mogelijk en waarschijnlijk in zit. Hij citeert een toelichting van de wetgever uit 1981: 'Gevaar is er niet pas, wanneer het onheil waarschijnlijk is; anderzijds is het er ook niet wanneer het slechts mogelijk is. Vereist is [...] een ernstige mogelijkheid'. En verder: 'De eis dat het onheil als waarschijnlijk zou moeten worden aangemerkt zouden wij te zwaar achten'. Ook de Hoge Raad heeft dergelijke uitspraken gedaan. Zekerheid of grote waarschijnlijkheid worden niet verlangd, wel een reële

mogelijkheid of een aanmerkelijke kans. Deze moeten overigens wel op feiten berusten en niet latente, op speculaties gebaseerde mogelijkheden betreffen.

Al deze overwegingen moeten overigens naar het oordeel van de commissie de psychiater niet afhouden van een aanvraag tot het toepassen van dwang als daar naar zijn subjectieve professionele overtuiging goede argumenten voor zijn. Uiteindelijk beslist immers de rechter, de psychiater moet niet op diens stoel gaan zitten, overeenkomstig hetgeen Dijkers (2003) ter zake schrijft: 'De bepaling, of een persoon 'gevaarlijk' is in de zin van de Wet Bopz is geen gedragswetenschappelijk of geneeskundige maar een juridische bezigheid. In het rechterlijk oordeel zullen de maatschappelijke opvattingen over de vraag of in een bepaalde situatie bepaalde handelingen als gevaarlijk moeten worden aangemerkt een functie hebben.'

De commissie baseert haar overwegingen mede op het onderzoek dat door Schoevers e.a. (2006) ten behoeve van de richtlijn is uitgevoerd. Uit de daarin gerapporteerde studie van de jurisprudentie door Stikker blijkt dat er tot op heden weinig meningsverschil naar voren komt tussen rechters en psychiaters over de aard en ernst van het gevaar (behalve over gevaar voor zelfverwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, zie Mulder & Tielens, 2008) en over bijvoorbeeld verslaving als een stoornis in de zin van de Wet Bopz. Mogelijk biedt de Wet Bopz, aldus de conclusie van de onderzoekers, meer ruimte dan door de psychiaters genomen wordt (zie hoofdstuk 4, paragraaf 2.2.1).

2.3 De relatie tussen stoornis en gevaar

Het gevaar moet veroorzaakt worden door de stoornis. Hier dient scherp op gelet te worden. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een persoon met schizofrenie tevens gevaarlijk gedrag vertoont, maar dat dit niet met de psychose maar met een comorbide antisociale persoonlijkheidsstoornis samenhangt. Dan zijn er mogelijk geen termen aanwezig voor toepassing van dwang in het kader van de Wet Bopz. Er is lang niet altijd een duidelijk verband tussen agressie en een geestesstoornis. Agressie is een 'stoornisonafhankelijke gedragsuiting' die op heel diverse wijzen door een stoornis worden beïnvloed (Blijd, 2006). De commissie beveelt daarom aan bij patiënten bij wie vanwege een verondersteld verband tussen stoornis en gewelddadig gedrag langdurig dwang wordt toegepast, regelmatig te evalueren in hoeverre dit verband nog aannemelijk is. Dit geldt vooral voor patiënten bij wie behandeling van de stoornis niet heeft geleid tot een substantiële vermindering van het gevaar bestaande uit gewelddadig gedrag. In zulke gevallen kan het aangewezen zijn een meer op de gewelddadigheid gericht beleid in te zetten, eventueel binnen het justitiële circuit (zie ook paragraaf 3.2).

Conclusie 7

Het verband tussen een geestesstoornis en gewelddadig gedrag is niet altijd eenduidig. Periodieke evaluatie ervan, vooral bij – ondanks de behandeling van de stoornis – persisterend gedrag, kan een aanvankelijk verondersteld verband minder waarschijnlijk maken.

2.4 Bereidheid tot opname c.q. behandeling

Bereidheid kan niet aanwezig worden geacht als de patiënt niet tot geordende wilsvorming ter zake in staat is. Indien er geen *informed consent* (toestemming door de geïnformeerde patiënt) is, kan 'bereidheid' niet worden aangenomen. Voor een vrijwillige opname is daarom *informed consent* nodig. Een dwangopname mag geen doorgang vinden indien de patiënt toestemt met opname, immers er vindt dan een vrijwillige opname plaats; er moet dus sprake zijn van het ontbreken van 'de nodige bereidheid' om tot dwangopname over te gaan. Bij een vrijwillige opname moet er sprake zijn van een werkelijke, wilsbekwame bereidheid en de betrokkene moet dus in staat zijn om zijn wil te bepalen over de opname en het verblijf. Er kan zich het probleem voordoen dat een patiënt zich wel wil laten opnemen, maar de noodzakelijke behandeling weigert. De commissie beveelt aan, in overeenstemming met de gangbare uitleg van de wet, in een dergelijk geval opname en behandeling als een geheel te beschouwen en toch over te gaan tot aanvraag van een dwangopname, met als argument dat er weliswaar formeel niet, maar inhoudelijk wel degelijk sprake is van een gebrek aan bereidheid. Dat kan ook aangenomen worden bij patiënten die steeds hun bereidheid herroepen, of bij patiënten bij wie onder invloed van medicatie de bereidheid is ontstaan, maar de motivatie om die medicatie te blijven gebruiken ontbreekt of zeer onzeker is.

Conclusie 8

In overeenstemming met de gangbare uitleg van de wet kan in geval van instemming met opname maar weigering van behandeling, opname en behandeling als één geheel worden beschouwd en kan overgegaan worden tot de aanvraag van een dwangopname.

2.5 Geen alternatieven

Het onderzoek naar de mogelijkheid het gevaar anders dan door toepassing van dwang af te wenden, moet naar het oordeel van de commissie goed worden gedocumenteerd. In de praktijk wordt aan dit criterium naar haar indruk te weinig aandacht gegeven. Indien het gevaar door een alternatieve, minder ingrijpende interventie door personen of instellingen buiten het ziekenhuis kan worden afgewend, kan geen dwangopname plaatsvinden. Men kan hierbij denken aan een intensieve ambulante behandeling, via (psychiatrische) thuiszorg en het tevens inschakelen van ter

zake voldoende competente en gemotiveerde huisgenoten of familie, of door een opname elders. Ook zijn bemoeizorg, en het toepassen van vormen van drang (bijvoorbeeld het verstrekken van geld na het innemen van medicatie), bewind of curatele te overwegen.

Deze alternatieven zijn aan te bevelen en ethisch beter toelaatbaar wanneer hiermee een ernstige ingreep als een dwangopname kan worden voorkomen. Het zal duidelijk zijn dat om een juiste indruk te krijgen van dergelijke alternatieven, het onderzoek nooit alleen gericht kan zijn op de taxatie van de mate waarin er sprake is van 'gevaar'. Men zal altijd een 'compleet' psychiatrisch onderzoek moeten uitvoeren waarin men zich een beeld schept van de behandelmogelijkheden. Daarnaast is echter ook een zekere deskundigheid vereist van de beoordelaar inzake de haalbaarheid van een alternatief. De ene beoordelaar zal, afhankelijk van zijn ervaring, meer zien in de mogelijkheid van bemoeizorg dan de andere. Ten slotte moet men ook op de hoogte zijn van de feitelijke beschikbaarheid van een kwalitatief en/of kwantitatief voldoende hulpaanbod in de regio. Het is van belang een en ander transparant te documenteren. Documenteer uitgetroefde en overwogen alternatieven expliciet in het medische dossier.

Conclusie 9

Om een juiste indruk te krijgen van alternatieven, kan het onderzoek nooit alleen gericht zijn op de taxatie van de mate waarin sprake is van gevaar. Een breed psychiatrisch onderzoek is nodig om een beeld te krijgen van de behandelmogelijkheden.

Aanbeveling 4

De psychiater voert een breed psychiatrisch onderzoek uit, documenteert duidelijk, voorafgaande aan de aanvraag voor een rechterlijke machtiging, de ter zake overwogen of al uitgetroefde alternatieven, en geeft aan waarom de nog niet beproefde alternatieven wel of niet haalbaar zijn. Dit mag niet leiden tot uitstel van een passende behandeling.

3 Psychiatrisch onderzoek: specifiek

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de diagnostiek van de verschillende soorten gevaar. De bedoeling van de commissie is om hiermee een handreiking te doen aan hen die belast zijn met de dagelijkse diagnostiek gericht op de inschatting van gevaar in de zin van de Wet Bopz. De aanwijzingen zijn ontleend aan reeds bestaande richtlijnen en toonaangevende handboeken. Als bijlage 2 heeft de commissie een in de Nederlandse prak-

tijk ontwikkelde Gevaar Beoordeling Checklist (Mulder e.a., 2006) opgenomen. Het gaat hier, ter voorkoming van misverstanden, om een nog niet gevalideerde checklist, niet om een risicotaxatie-instrument. Het kan naar de mening van de commissie goede diensten bewijzen bij het systematisch in kaart brengen van de soorten gevaar en het zich een indruk vormen van de ernst daarvan. Met nadruk stelt de commissie dat de checklist slechts een hulpmiddel is voor het klinische oordeel, en dat nimmer vervangen kan. De checklist kan wel een belangrijke rol spelen bij de standaardisering van de gronden voor de besluitvorming.

3.1 Het gevaar zich van het leven te beroven of ernstig letsel toe te brengen

De commissie pretendeert niet een compleet overzicht te geven van alle aanbevelingen die bij een professioneel onderzoek van suïcidaliteit in het algemeen aan de orde moeten komen. Daarvoor verwijst zij naar de bestaande richtlijnen en adviezen, zoals die van de American Psychiatric Association (APA, 2003). Zij beperkt zich hier tot die aspecten die van direct belang zijn voor overwegingen inzake het toepassen van de Wet Bopz, in de eerste plaats de gevaaraspecten. De commissie maakt hierbij gebruik van een overzichtsartikel over de beoordeling van suïcidegevaar van het commissielid A.J. Tholen (aangeboden ter publicatie).

3.1.1 Het doel van de beoordeling van suïcidegevaar

Het doel van de beoordeling is:

- identificeren van specifieke factoren of kenmerken die het risico op suïcide verhogen of verkleinen;
- vaststellen van aspecten in het toestandsbeeld of de context die doel van behandeling kunnen zijn;
- bewerkstelligen van een veilige situatie voor de patiënt en het opstellen van een structuurdiagnose ten behoeve van het verdere behandelbeleid.

Hoewel de beoordeling of er sprake is van een noodzaak tot dwangopneming zich primair zal richten op de inschatting van het gevaar, zal het daarvoor nodige onderzoek zich op meer aspecten moeten richten, vooral die welke de beveiligings- en behandelmogelijkheden betreffen. Immers, men moet ook kunnen inschatten of er alternatieven zijn voor dwangopneming, bijvoorbeeld dat het gevreesde gevaar door vrijwillige opname of door intensieve ambulante begeleiding kan worden voorkomen. Men moet een zorgvuldige afweging kunnen maken in een individueel geval. Immers, er bestaat geen simpel risicotaxatie-instrument dat op iedereen toepasbaar is, en te vergelijken is met bijvoorbeeld een test waarmee men vaststelt of iemand besmet is met het hiv-virus. Men is aangewezen op een zorgvuldig klinisch oordeel. Men dient zich echter steeds te realiseren dat ook met deze procedure suïcide niet exact te voorspellen is (zie voor de onderbouwing paragraaf 4.1).

Conclusie 10

Er bestaat geen risicotaxatie-instrument waarmee de waarschijnlijkheid van een suïcide in een individueel geval precies is aan te geven. Men kan met bestaande instrumenten slechts globaal omschreven risicogroepen aangeven, waartoe overigens lang niet alleen suïcideplegers behoren. Men is voor het schatten van de mate van waarschijnlijkheid dus aangewezen op een zorgvuldig klinisch oordeel. Suïcide is niet exact te voorspellen.

Aanbeveling 5

Voor de beoordeling van het gevaar zich van het leven te beroven of ernstig letsel toe te brengen doet men er goed aan bij enige twijfel een uitgebreid en gestructureerd onderzoek te doen, zoals in paragraaf 3.1 beschreven, en gebaseerd op de best practices die internationaal toonaangevend zijn.

3.1.2 Gestructureerd onderzoek naar gevaar voor suïcide

Op basis van wetenschappelijke en klinische evidentie zijn volgende aandachtspunten van belang voor een gestructureerd onderzoek naar het suïcidegevaar. Deze aandachtspunten zijn ontleend aan twee toonaangevende boeken en aan de richtlijnen van de American Psychiatric Association uit 2003 (Appelbaum & Gutheil 1991; Hirschfeld & Russell, 1997; APA, 2003).

Huidige presentatie van suïcidaliteit

- Met toenemend risico: suïcidegedachten, suïcidebesluit, suïcideplan, beschikbaarheid van middelen, een suïcidepoging.
- De aard van de suïcidepoging: suïcidepogingen met hoog risico en geringe reddingskans, voorbereidende acties en potentieel letale, 'harde methodes' (strangulatie, verdrinking, vergassing), de verwachting van de patiënt over letaliteit en de beschikbaarheid van letale middelen.
- Redenen om verder te leven, toekomstplannen (afwezigheid risicoverhogend).
- Alcohol- en drugsgebruik samenhangend met actuele presentatie (risicoverhogend).
- Intenties en plannen aangaande geweld ten opzichte van derden (risicoverhogend).

Psychiatrische stoornissen en voorgeschiedenis

- Huidige functiestoornissen en klachten van psychiatrische stoornissen met speciale aandacht voor stemmingsstoornissen, schizofrenie, verslaving, angststoornissen, borderline- en antisociale persoonlijkheidsstoornis en aanwijzingen voor wanhoop, impulsiviteit, anhedonie en angst.

- Eerdere suïcidepogingen, afgebroken suïcidepogingen of zelfbeschadigend gedrag.
- Eerdere psychiatrische diagnoses – inclusief verslaving – en behandeling, inclusief ontstaan, beloop, hospitalisatie.
- Somatische diagnoses en behandeling, inclusief operaties of opnamen.
- Familieanamnese betreffende psychiatrische stoornissen inclusief verslaving, suïcide en suïcidepogingen.

Psychosociale situatie, veerkracht en kwetsbaarheid

- Acute psychosociale crises en chronische psychosociale stressoren inclusief feitelijk of ervaren interpersoonlijk verlies, verhuizing, complicaties door alcoholisme, somatische ziekte, terminale ziekte, financiële problemen of verandering in sociaaleconomische status, conflicten in gezin of familie, huiselijk geweld, en huidig of eerder seksueel of lichamelijk misbruik.
- Vaker mannen en ouderen, en vooral indien in een psychologisch isolement door scheiding, overlijden partner, pensionering of werkloosheid, recente verhuizing of scheiding van geliefden.
- Werk- en leefsituatie, gezinssamenstelling, kwaliteit van relaties en beschikbaarheid van ondersteuning.
- Culturele of religieuze opvattingen over dood en suïcide.
- Copingvaardigheden, eerdere reacties op stress, het vermogen om psychologische pijn te tolereren en psychologische behoeften te bevredigen.
- Capaciteit voor realiteitstoetsing.

3.1.3 Nadere toelichting bij het wegen van de onderzoeksgegevens

Een voorgeschiedenis van suïcidepogingen is de meest significante risicofactor (Leon e.a., 1990), waarbij het risico toeneemt bij meer serieuze, meer frequente en meer recente pogingen. Meer gedetailleerde plannen en gewelddadige en irreversibele methoden zijn geassocieerd met een groter suïciderisico. Het is daarom belangrijk om door te vragen naar eerdere suïcidepogingen en zelfbeschadigend gedrag, inclusief afgebroken suïcidepogingen. Van belang is het exploreren van details over de aanleiding, de timing, het oogmerk en de veronderstelde en feitelijke consequenties van de suïcidepoging. Hoe sterker de suïcide-intentie (de wens om dood te zijn) hoe groter het risico. Behulpzaam bij het beginnen over dit onderwerp is het openen met een vraag naar het algemeen ervaren van het huidige bestaan en vervolgens specifiek doorvragen of het leven nog de moeite waard is, of de patiënt wel eens gedacht heeft niet meer wakker te willen worden. Afhankelijk van de situatie dient informatie bij omstanders nagevraagd te worden.

Ten slotte is het van belang om ook een oordeel te geven over de wilsbekwaamheid van de patiënt (Tholen, 2004a; 2004b). Wilsonbekwaamheid, bijvoorbeeld als gevolg van een psychotische depressie en een nihilistische ontkenning van enig behandelperspectief, is een factor die de ernst van het gevaar doet toenemen. Daarbij komt dat ontbrekend ziektebesef en irreële ontkenning van behandelingsmogelijkheden de opties beperkt om het suicidegevaar zonder dwang af te wenden (subsidiariteit). Ten slotte is wilsonbekwaamheid een algemeen geaccepteerde grondslag voor paternalistisch handelen en voor de keuze om de patiënt niet zelf te laten beschikken over zijn lot. De Derde evaluatiecommissie Wet Bopz pleit nu ook voor het opnemen van dit criterium in een nieuwe wet (Derde Evaluatiecommissie van de Wet Bopz, 2007).

3.1.4 Suicidegevaar bij psychiatrische aandoeningen

Personen die door suicide om het leven komen, blijken in 90% van de gevallen een of meerdere psychiatrische aandoeningen te hebben (APA, 2003). First-onset suïcidaliteit heeft meer en sterkere associaties met sociale en economische risicofactoren dan herhaalde suïcidaliteit. Later in het suïcidale proces spelen psychiatrische stoornissen, wanhoop en geslaagde suïcides in de familie een belangrijkere rol (Neeleman, De Graaf & Vollebergh, 2004). Voorafgaand aan een suicide is er meestal een depressie, alcoholmisbruik of een combinatie daarvan (Hirschfeld & Russell, 1997). Vooral bij jonge depressieve patiënten is de kans op suicide groter in het begin van de aandoening. Toch blijft het suïciderisico aanhouden in het beloop van depressieve en bipolaire stoornissen.

Het risico wordt statistisch sterk bepaald door de setting waarin onderzocht wordt. In de Verenigde Staten is het lifetimerisico op suicide voor ambulante psychiatrische patiënten 0,7%, voor patiënten met een stemmingsstoornis 2,2%. Bij opgenomen depressieve niet-suïcidale patiënten is het suïciderisico 4%, indien suïcidaal 8,6% (Bostwick & Pankratz, 2000). Het lifetimerisico hangt samen met de ernst van de symptomatologie, zoals agitatie en ondraaglijke dysforie, en met de aanwezigheid van andere psychiatrische symptomen. Op korte termijn bepalen paniekaanvallen, heftige angst, verminderde concentratie, slapeloosheid, alcoholmisbruik en anhedonie het risico. Op langere termijn is de ervaren wanhoop mede bepalend. Voor patiënten met schizofrenie suggereren meer recente schattingen een lifetimerisico op suicide van 4% (Inskip, Harris & Barraclough, 1998). Eerdere schattingen van 10-15% waren waarschijnlijk het gevolg van selectief onderzoek bij klinische populaties.

Suicidepogingen van schizofrene patiënten zijn vaak intentioneel en ook ernstiger, waardoor vaker medische verzorging nodig is (Harkavy-Friedman e.a., 1999). Het betreft vooral jonge, sociaal geïsoleerde mannelijke patiënten. Van ruim 1.000 opgenomen patiënten met een psychose

rapporteerde 37,4% suïcidegedachten en had 7,2% vlak voor opname een suïcidepoging gedaan (Radomsky e.a., 1999). Fenton e.a. (1997) vonden suïcidegedachten bij 40% en suïcidepogingen bij 23% van de opgenomen patiënten met schizofrenie. Gedurende de follow-upperiode van gemiddeld negentien jaar overleed 6,4% door suïcide. Vaak vindt suïcide kort na ontslag plaats, in het begin van de ziekte en in een periode van remissie of gedurende depressieve periodes, maar ook een chronisch beloop verhoogt het risico (Heilä e.a., 1997). Bij patiënten met een psychose bleek regelmatig contact met derden beschermend en dus een aandachtspunt bij de preventie van suïcide. Paradoxaal genoeg is het risico verhoogd bij patiënten met meer inzicht in de gevolgen van de aandoening, vooral indien dat gepaard gaat met gevoelens van wanhoop en bij een goed premorbide en intellectueel functioneren. Negatieve symptomen verlagen de kans op suïcide, sterke achterdocht en wanen verhogen de kans (Fenton e.a., 1997). Tekenen van een psychose, vooral bevelshallucinaties die aanzetten tot suïcide of zelfbeschadiging, zijn zeer gevaarlijk, in het bijzonder indien daar eerder gevolg aan is gegeven (Hirschfeld & Russell 1997; American Psychiatric Association, 2003).

Angststoornissen zijn retrospectief weliswaar minder vaak dan depressies vastgesteld bij mensen die suïcide pleegden, maar komen mogelijk vaker voor, gemaskeerd door een depressie of alcoholmisbruik (APA, 2003). Busch, Fawcett en Jacobs (2003) vonden wel symptomatische heftige angst en agitatie bij 80% van de opgenomen patiënten die suïcide pleegden. Misbruik van alcohol en drugs is, na depressie, de meest voorkomende voorloper (25-50%) van suïcide. Een risico voor suïcide op korte termijn is er ook bij comorbiditeit van depressie en alcoholmisbruik, vooral in combinatie met heftige angst- en paniekaanvallen. Dit risico is nog verder verhoogd indien al eerder suïcidepogingen plaatsvonden en bij suïcide in de familie. Dat geldt ook voor eerdere suïcidepogingen, juridische en financiële problemen, ernstige somatische ziekte, andere psychiatrische stoornissen en een familieanamnese van psychiatrische stoornissen en alcoholmisbruik (APA, 2003). Ook zijn polydrugsgebruik en affectieve verwaarlozing in de jeugd risicofactoren (Salloum e.a., 1996).

Bij slachtoffers van suïcide met cluster B-persoonlijkeitsstoornissen was er vrijwel altijd ook een depressief syndroom en/of misbruik van psychoactieve stoffen voorafgaand aan de suïcide (Imometsä e.a., 1996). Bij patiënten met een borderlinepersoonlijkeitsstoornis zijn affectieve instabiliteit, impulsiviteit, identiteitsstoornis en seksueel misbruik in de jeugd risicofactoren voor suïcidaal gedrag (Brodsky e.a., 1997; Yen e.a., 2004). Comorbiditeit van borderlinepersoonlijkeitsstoornis met een depressie verhoogt het aantal en de ernst van suïcidepogingen, waarbij wanhoop en impulsieve agressie het risico verder versterken (Soloff e.a., 2000).

3.1.5 *Gedwongen opname en behandeling vanwege suicidegevaar*

Indien de psychiater tot de conclusie komt dat er een serieus risico op suicide bestaat, is het belangrijk om daadkrachtig en snel maatregelen te nemen vanuit een consistente, ondubbelzinnige verantwoordelijkheid voor de patiënt, en de patiënt constant onder observatie te houden. Een formele rechterlijke procedure is pas aangewezen indien het niet lukt om de patiënt te motiveren voor en te laten instemmen met de voorgestelde interventies. In het algemeen is een opname na een suicidepoging of bij suicidaliteit geïndiceerd indien:

- de patiënt psychotisch is, impulsief, heftig geagiteerd met een slechte oordeelsfunctie, en hulp afwijst;
- de patiënt een gewelddadige, bijna letale en geplande suicidepoging heeft gedaan met maatregelen om redding of ontdekking te voorkomen;
- er nog een vasthoudend plan of wens aanwezig is, de nood is toegenomen en de patiënt spijt heeft van het mislukken van de poging;
- er recent een verandering in de psychiatrische toestand is opgetreden met metabole, toxische, infectieuze of andere etiologie die in een gestructureerde setting aangepakt moet worden.

Een aanvullende reden voor opname kan zijn dat het een man betreft, ouder dan 45 jaar, met recente psychiatrische stoornis of suicidaliteit en met beperkte familie- of andere sociale steun voorhanden (zie ook de richtlijnen van de American Psychiatric Association: APA, 2003). Men kan deze overwegingen ook voor een groot deel terugvinden in de Gevaar Beoordeling Checklist (bijlage 2).

3.1.6 *Effectiviteit van dwangopname c.q.-behandeling van suicidale patiënten*

De commissie realiseert zich dat tot dusver niet is aangetoond dat dwangopname c.q. -behandeling het aantal suicides op de wat langere termijn substantieel reduceert. Dat geldt trouwens ook in het algemeen voor farmacotherapie, waarbij bevindingen van suicidereductie beperkt zijn tot lithiumbehandeling bij stemmingsstoornissen en clozapine bij chronische psychotische stoornissen (APA, 2003). Zij acht het echter niet gerechtvaardigd daaruit te concluderen dat dwangopname c.q. -behandeling of zelfs depressiebehandeling een vorm van zinloos medisch handelen is. Daarvoor is nog te weinig kwalitatief voldoende onderzoek verricht; bovendien is het goed mogelijk dat een effect in subgroepen en in het individuele geval wel aantoonbaar is.

3.2 Gevaar een ander van het leven te beroven of ernstig letsel toe te brengen

Voor de psychiater is het beoordelen van gevaar dat de patiënt voor anderen oplevert een complex vraagstuk, omdat het niet alleen gaat om het voorkomen van ernstige gevolgen voor de patiënt, maar ook om een gevaar dat dreigt voor vaak onschuldige omstanders. Daarom moeten de vrijheid van de patiënt en het belang van de therapeutische relatie worden afgewogen tegen de plicht om te zorgen voor de bescherming van de anderen en de maatschappij. Voor deze paragraaf is wederom gebruikgemaakt van de gegevens zoals beschreven in een artikel van A.J. Tholen (geaccepteerd voor publicatie).

3.2.1 *Het doel van de beoordeling van het gevaar voor gewelddadig gedrag*

Behalve de inschatting van het gevaar is het ook hier het doel uitzicht te krijgen in aangrijpingspunten voor gevaar verminderende interventies op korte en middellange termijn. Risicotaxatie zonder risicomangement leidt alleen maar tot de dichotome 'wel of niet'-oordelen over opname, zonder veel relevantie voor het klinisch handelen. Een risico-interventiemodel biedt de clinicus een structuur waarmee deze:

- beschikbare data kan beoordelen en structureren;
- kan vaststellen welke aanvullende informatie nodig is;
- strategieën kan ontwikkelen om de geïdentificeerde risicofactoren aan te pakken.

3.2.2 *Een gestructureerd onderzoek naar het gevaar voor gewelddadig gedrag*

Hoewel in de praktijk niet alle kennis over risicofactoren altijd even bruikbaar zal zijn, is de systematische aandacht daarvoor in het onderzoek aan te bevelen, omdat in de forensische psychiatrie gebleken is dat de gestructureerde klinische risicotaxatie de betrouwbaarheid en validiteit van deze vorm van diagnostiek verhoogt. Het is denkbaar dat dit ook in de gewone psychiatrie geldt. Een tweede reden voor zorgvuldigheid in deze is, dat de psychiater zich in toenemende mate zal moeten verantwoorden voor de gevolgen van zijn klinische overwegingen en besluitvorming. Het voorspellen van gevaarlijk, dat wil zeggen gewelddadig gedrag is, net als dat van suïcidaal gedrag, wetenschappelijk gezien een hachelijke onderneming (zie voor de onderbouwing paragraaf 4.1). Er zijn voor subpopulaties (bijvoorbeeld die van de forensische psychiatrie, opgenomen patiënten, ontslagen patiënten, enzovoort) wel instrumenten beschikbaar voor de predictie van dit gedrag. Bij een dergelijke subpopulatie voorspellen dit soort instrumenten beter dan bij de algemene bevolking, maar ook daar lossen zij het probleem nog niet op.

Conclusie 11

Het voorspellen van gevaarlijk, dat wil zeggen gewelddadig gedrag is net als dat van suïcidaal gedrag wetenschappelijk gezien een hachelijke onderneming. Er zijn voor systematisch gebruik in de algemene psychiatrie nog geen voldoende valide en betrouwbare instrumenten beschikbaar.

Aanbeveling 6

Volg bij het onderzoek van het gevaar een ander van het leven te beroven of ernstig letsel toe te brengen bij enige twijfel het hierna beschreven gestructureerde onderzoeksschema en betrek dit op een transparante wijze bij de besluitvorming. Hierbij kan men in voorkomende gevallen doorvragen naar de bekende risicofactoren.

Bij het onderzoek naar de kans op gewelddadig gedrag kan men het beste het formele schema aanhouden dat ook bij het onderzoek naar suïcidaliteit (paragraaf 3.1) is gebruikt. Daarin zijn de aanwijzingen verwerkt zoals die op basis van de literatuur en good practice door een aantal auteurs gegeven worden (Appelbaum & Gutheil, 1991; Higgins e.a., 2005; Blijd, 2006).

Huidige presentatie van potentieel gewelddadig gedrag

- 1 Zijn er aanwijzingen voor, of is er bewijs van geweld, vooral voorafgegaan door veranderingen in psychische toestand?
 - Zo ja, beschrijf deze. Vermeldt de bronnen en de graad van zekerheid. Geef details van plannen of specifieke bedreigingen om letsel (of schade) te berokkenen. Meer risico is er bij het denken aan of dagdromen over het toebrengen van letsel aan anderen. Dat geldt vooral indien de patiënt voorbereidingen treft, zoals een lijst maken van mensen die ‘het nog betaald krijgen’.
 - Heeft de patiënt toegang tot potentiële slachtoffers, in het bijzonder degene die onderdeel vormt van een waansysteem?
 - Zijn er specifieke uitlokkende factoren?
 - Wie dient op de hoogte te zijn van dit risico?
 - Is er sprake van wapenbezit?
 - Zijn er tekenen van fysieke spanning?
 - Is er sprake van boze, dreigende en vijandige taal?
 - Boosheid bij opname is een risicofactor voor agressie na ontslag.
- 2 Zijn er aanwijzingen voor een slechte compliance met behandeling of onttrekking aan hulpverlening?
 - Zo ja, hoe beïnvloedt dat het management van enig geïdentificeerd risico?

Psychiatrische stoornissen en voorgeschiedenis

- Is er sprake van eerder gewelddadig gedrag? Dit is de sterkste voorspeller van toekomstig gewelddadig gedrag. Ondanks het vaak bij dit onderwerp ervaren ongemak dient ernaar gevraagd te worden ('Hebt u ooit, om welke reden dan ook, per ongeluk of anderszins, iemand verwondingen toegebracht of iemands dood veroorzaakt?') Indien zich al eerder – vooral recent – gewelddadig gedrag heeft voorgedaan, is het cruciaal (net als bij suïcidepogingen) om die gebeurtenis nauwgezet te exploreren: wat heeft de patiënt precies gedaan, in welke situatie, vanuit welk motief en waardoor uitgelokt? Onderzoek vervolgens of de factoren die bijdroegen aan het eerdere gewelddadige gedrag intussen verergerd of verzwakt zijn. Benoem aard en ernst van het gewelddadige gedrag, bijvoorbeeld vernieling van goederen, bedreiging, seksueel geweld, daadwerkelijk gebruik van een wapen.
- Is er sprake van traumatisering in de voorgeschiedenis? De ernst en frequentie van mishandeling als kind is een voorspeller voor gewelddadig gedrag, evenals het hebben van een delinquente en/of middelenmisbruikende ouder. Een voorgeschiedenis van mishandeling, afwijzingen, provocaties en andere narcistische krenkingen lijkt in dit opzicht tevens relevant.
- Is er sprake van psychopathologie? Een As I-stoornis, vooral schizofrenie, geeft een lagere kans op gewelddadig gedrag dan een persoonlijkheids- of een aanpassingsstoornis (Blijd, 2006). Comorbide middelenmisbruik is een sterke predictor voor geweld. Is er een impulscontrolestoornis en/of een sterke neiging tot externaliseren?
- Is er sprake van 'psychopathie' (Hare, 1991)? 'Psychopathie is een krachtige voorspeller van gewelddadig gedrag in diverse risicopopulaties (Blijd, 2006). De antisociale gedragscomponent van psychopathie (impulsiviteit, onverantwoordelijk gedrag) draagt meer bij dan de emotionele component (narcisme, kilheid, gebrek aan empathie).
- Is er sprake van positieve psychotische symptomen? De aanwezigheid van wanen en het type of de inhoud daarvan dragen niet bij. Een algemeen achterdochtige houding naar anderen heeft wel betrekking op later geweld. Noch hallucinaties in het algemeen, noch imperatieve hallucinaties in het bijzonder verhogen het agressierisico. Indien echter stemmen specifieke gewelddadige opdrachten geven, neemt het geweldsrisico toe, vooral indien eerder gehoor is gegeven aan de stemmen.
- Hoe is het gesteld met de impulscontrole en de interne controle mogelijkheden? Is er sprake van obsessieve angst voor controleverlies, of van een verslaving gecombineerd met agressief gedrag? Zijn er obsessieve fantasieën, bijvoorbeeld gerelateerd aan morbide jaloezie?

Psychosociale situatie, veerkracht en kwetsbaarheid

- Zijn er aanwijzingen voor ontworteling of sociale rusteloosheid (dakloosheid, sociale isolatie, frequente veranderingen van woonadres of werk)? Zo ja, hoe beïnvloedt dat het management van enig geïdentificeerd risico?
- Hoe is het gesteld met de externe controle door bijvoorbeeld familie?
- Wat is bekend over sekse, ras, culturele achtergrond, sociaaleconomische status en stabiliteit werksituatie? Mannen vertonen vaker gewelddadig gedrag dan vrouwen. Bij vrouwen is gewelddadig gedrag frequenter in de thuissituatie en eerder gericht tegen familieleden.

3.2.3 Nadere toelichting bij het wegen van onderzoeksgegevens

Riskante profielen waarin men een aantal van de hiervoor genoemde risicofactoren herkent, zijn bijvoorbeeld mannen, onder de 30 jaar, met financiële problemen, werkloosheid en bij gebruik van cocaïne en fencyclidine (PCP) en mannen onder de 30 jaar met een neiging tot externaliseren, inclusief paranoïde gedachten, een impulscontrolestoornis en drugsgebruik. Green, Pedley en Whittingham (2004) geven aanwijzingen hoe men orde kan scheppen in de gegevens die men met het hier beschreven onderzoek verkrijgt. Zij onderscheiden:

- statische risicofactoren die niet of moeilijk te veranderen zijn, zoals: een voorgeschiedenis van geweld, conflicten met autoriteiten, drugsgebruik, paranoïde schizofrenie, therapieontrouw, gebroken gezin enzovoort;
- dynamische risicofactoren die veranderen of aangepakt kunnen worden zoals: floride symptomen, stressoren, intoxicatie, medicatieontrouw, toegang tot wapens, en interpersoonlijke conflicten.

Exploratie van de belangrijkste risicofactoren is van belang voor de benodigde intensiteit en snelheid van respons om het onmiddellijk dreigend gevaar te verminderen. Daarnaast dient de vaststelling van risicofactoren aangevuld te worden met het identificeren van factoren die beschermen tegen gewelddadig gedrag. Beschermende factoren zijn: een positieve respons op behandeling, ondersteunende naasten, inzicht, participatie in rehabilitatie, sociale instelling, eerder gewerkt hebben en medicatietrouw.

3.2.4 Gevaar voor gewelddadig gedrag en psychiatrische stoornissen

Agressie bij organische stoornissen wordt, anders dan bij de meeste vormen van agressie, gekenmerkt doordat het niet om doelgericht, gemotiveerd gedrag gaat. Het is dus onvoorspelbaar en vaak zijn triggers van de agressie moeilijk te achterhalen (Goldstein, 1994). Uitingen van vijandigheid zijn meer voorspellend voor daadwerkelijk geweld bij klinische patiënten met een organische stoornis dan bij patiënten met schizofrenie (McNiel & Binder, 1995). Bij verslaafde patiënten komt agressie tegen ande-

ren veel voor en dit is een resultaat van een complexe interactie tussen de farmacodynamiek van de drugs, de dispositionele trekken van het individu en de situationele context waarin de intoxicatie plaatsvindt (Moss, Salloum & Fisher, 1994). Ook gewelddadig gedrag bij opgenomen psychiatrische patiënten is sterk geassocieerd met alcohol -en cocaïnemisbruik (Salloum e.a.,1996; Swartz e.a.,1998). Deze patiënten dreigen in een vicieuze cirkel terecht te komen van verzet tegen behandeling, verergering van psychiatrische stoornis, drugsgebruik, gewelddadigheid en recidiverende opnamen. Van belang is dan aandacht voor therapietrouw en de beschikbaarheid van geïntegreerde verslavingszorg en psychiatrische zorg.

Bij schizofrenie is het probleem van geweld niet zeldzaam, maar wel moeilijk voorspelbaar. Significant vaker werden schizofrene patiënten met drugsmisbruik (68,1%) strafrechtelijk veroordeeld dan patiënten zonder drugsmisbruik (11,7%) (Wallace, Mullen & Burgess, 2004). Vooral de combinatie van (deze) risicofactoren is van invloed, omdat de toename van veroordelingen over een periode van 25 jaar niet verklaard kunnen worden door afzonderlijke variabele zoals drugsmisbruik, actieve symptomen of organisatie van zorg. Milton e.a. (2001) vonden dat binnen drie jaar na een eerste psychose 9,6% van de patiënten een ernstige geweldsdaad pleegden tijdens een psychotische episode en 23,5% een minder erge vorm van agressie. Bij patiënten met schizofrenie worden de psychotische symptomen in 45% van de casussen gezien als de directe aanleiding van het geweld (Joyal e.a., 2004). Het gaat dan vooral om paranoïde wanen en niet zozeer om hallucinaties.

Bij schizofrene patiënten zonder antisociale persoonlijkheidsstoornis was de psychose meestal de aanleiding voor geweld, bij comorbide antisociale persoonlijkheidsstoornis veel minder vaak. Dan speelde ook meer alcohol -en drugsproblemen en eerdere onenigheid met het slachtoffer. Toch lijken bij schizofrene daders van geweldsmisdrijven die antisociale persoonlijkheidstrekken hebben, vooral die trekken en niet het drugsmisbruik geassocieerd met de geweldsmisdrijven (Tengström e.a., 2004). Schizofrene patiënten met een geschiedenis van antisociaal gedrag vanaf de jeugd en antisociale trekken vormen een groot risico. De meeste daders kenden het slachtoffer privé of beroepshalve en deze werd meestal in eigen huis aangevallen (Joyal e.a., 2004). Een aantal van deze overwegingen vindt men ook terug in de Gevaar Beoordeling Checklist (bijlage 2).

3.2.5 Gedwongen opname en behandeling vanwege (potentieel) gewelddadig gedrag

Een gedwongen opname voor (potentieel) gewelddadig gedrag moet men als een onderdeel zien van een serie interventiemogelijkheden die men tot zijn beschikking heeft. Het volgende overzicht van Appelbaum en Gutheil (1991) kan men beschouwen als een best practice die ook voor de indica-

tiestelling voor een gedwongen opname nuttig kan zijn. Zij adviseren de volgende interventies bij agressief gedrag.

Crisisinterventie

- Verbaal: geef gelegenheid om af te reageren, te ventileren; definieer het probleem; valideer de moeilijkheid en probeer perspectief te bieden.
- Farmacotherapie voor de acute toestand, eventueel antidepressiva of antipsychotica indien veilig en geïndiceerd.

Consultatie ten behoeve van bestaande relatie

- Beoordeel het punt of het probleem van een breuk in bestaande relaties.
- Probeer de relatie te herstellen, zoek steun van familie, instellingen, voorzieningen.
- Breng de patiënt indien mogelijk terug binnen een eerder steunende relatie.

Beïnvloeding omgeving

- Onttrek de patiënt uit schadelijke omgeving (naar vrienden, familie, spoedopvang).
- Plaats de patiënt in een beschermende omgeving (asiel).

Psychiatrische opname

Overweeg psychiatrische opname indien de patiënt:

- onmiddellijk intensieve psychiatrische observatie en monitoring behoeft en specifieke klinische behandeling nodig heeft (farmacotherapie);
- bescherming en observatie nodig heeft vanwege gevaar;
- asiel behoeft vanwege verwaarlozing; chaotisch is; overweldigd en overbelast wordt door buiten leven;
- intensieve steun nodig heeft tijdens een stressvol interval (vakantie van ouders, verlies van partner of therapeut).

Contra-indicaties opname

- Serieus gevaar voor niet constructieve regressie.
- Geschiedenis van aanhoudend niet benutten of oneigenlijk niet-therapeutisch gebruik van opname.
- Niet-therapeutische doelen van opname (vermijden vervolging, slaappleaats).

Aanvullende opmerkingen

Intussen verdient het hiervoor al gesignaleerde probleem van de relatie tussen stoornis en gewelddadig gedrag nog enige aandacht. Juist in crisis-situaties, waarin vaak sprake is van wat men een 'lastgeving tot IBS-beoordeling' zou moeten noemen, ontbreekt nogal eens de tijd om dit verband

goed te onderzoeken. Er worden zo nog wel eens patiënten opgenomen bij wie dat verband later twijfelachtig blijkt te zijn, of zelfs niet bestaat (zie ook conclusie 7, paragraaf 2.4). Gewelddadig gedrag vloeit dus niet uit de stoornis voort. Nu is dat voor een korte crisisopname geen groot bezwaar. Het levert problemen op als men een dergelijke patiënt langduriger gaat behandelen, omdat dit niet alleen geen resultaat zal hebben, maar bovendien gemakkelijk een ontwrichtend effect kan hebben op een 'gewone' ggz-setting. Het is dan aangewezen het beleid bij dergelijke patiënten zo snel mogelijk met forensisch-psychiatrisch deskundigen en/of de officier van justitie te bespreken. Het is in dit verband van groot belang dat de instelling tevens beschikt over een goed hanteerbaar aangiftebeleid dat afgestemd is met de lokale politie en justitiële autoriteiten.

Aanbeveling 7

Evalueer regelmatig bij psychiatrische patiënten bij wie vanwege gewelddadig gedrag een rechterlijke machtiging wordt aangevraagd, het verband tussen de psychiatrische stoornis en dit persisterend gewelddadig gedrag.

3.3 Andere vormen van gevaar

3.3.1 *Het gevaar dat iemand maatschappelijk ten onder gaat*

De psychiatrische stoornissen waarbij van het gevaar speelt, maatschappelijk ten onder te gaan, zijn meestal psychotische stoornissen en/of verslaving, maar zij beperken zich niet hiertoe. Ook persoonlijkheidsstoornissen, autismespectrumstoornissen, bipolaire stoornissen (namelijk mensen die in een manie bijvoorbeeld veel te veel geld uitgeven), chronische depressies of ernstige obsessieve-compulsieve stoornissen kunnen hier aanleiding toe geven. Het is duidelijk dat het hanteren van dit type gevaar als criterium voor dwang zich in een ontwikkelingsproces bevindt dat de nodige discussie vraagt.

Vooral het bepalen van de wilsbekwaamheid inzake een voorgestelde behandeling kan in gevallen als deze een extra argument leveren voor de ernst van dit gevaar en het minder waarschijnlijk maken dat het gaat om een min of meer vrije keuze van een niet maatschappelijk geaccepteerde levensstijl. Van belang is ook duidelijkheid te verkrijgen over de mate waarin een vorm van bemoeizorg nog een geloofwaardig alternatief kan zijn. Deskundigheid van de psychiater op dit terrein is hiervoor onontbeerlijk. Wilsbekwaamheid is een criterium waarvan de toepasbaarheid sterk afhangt van de subjectieve opvattingen van de actoren die bij het proces betrokken zijn (Mulder & Tielens, 2008).

Volgens Dijkers (Dijkers & Widdershoven, 2006a) moet de maatschappelijke teloorgang een duidelijk voortschrijdend proces zijn, en niet een al

jaren bestaande stabiele toestand die primair iemands zelf gekozen stijl van leven weerspiegelt. Een voorbeeld van (dreigend) gevaar van maatschappelijke teloorgang is de manische patiënt die al zijn geld uitgeeft en het gevaar loopt zijn huis en baan kwijt te raken. De huidige jurisprudentie biedt op dit moment onvoldoende houvast. Wel is de commissie van mening dat er zeker sprake kan zijn van gerechtvaardigde en geïndiceerde dwangbehandeling bij een al jarenlang bestaande maatschappelijke teloorgang indien deze overwegend het gevolg is van een nog nooit adequaat behandelde psychiatrische aandoening.

Wanneer het zo is dat het proces van de maatschappelijke teloorgang al is voltooid (iemand leeft al enige tijd op straat, in een ernstig vervuild huis, of verzorgt zichzelf zeer slecht) is het de vraag of hier ook sprake kan zijn van het volgende gevaarcriterium: ernstige zelfverwaarlozing. Ook kan het zo zijn dat deze toestand niet eerder is ontdekt of als zodanig benoemd. Indien deze toestand het gevolg is van gedragingen en symptomen voortvloeiend uit een psychiatrische aandoening, dan is het overwegen van een Wet Bopz-maatregel op zijn plaats. De algemene principes subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid (zie hoofdstuk 4, paragraaf 1.4) zijn van toepassing bij de vraag of een dwangopneming gerechtvaardigd is voor het opheffen van de maatschappelijke teloorgang. Uit conclusie 2 (zie hoofdstuk 4, paragraaf 2.2.1) kan men afleiden dat men niet al te terughoudend moet zijn.

3.3.2 Het gevaar dat iemand zichzelf ernstig zal verwaarlozen

Het in paragraaf 3.3.1 over de maatschappelijk teloorgang gestelde geldt in algemene zin ook voor het gevaar voor verwaarlozing. Men kan het onvoldoende of niet (doen) behandelen of voorkomen van een lichamelijke ziekte beschouwen als bijzondere vorm van zelfverwaarlozing. Voor het inschatten van de ernst van de zelfverwaarlozing bestaan geen instrumenten, behalve de eerdergenoemde Gevaar Beoordeling Checklist (bijlage 2).

Een maatregel in het kader van de Wet Bopz kan noodzakelijk zijn om een behandeling mogelijk te maken van de psychische stoornis die het gedrag van de patiënt ter zake bepaalt. Soms zal hij of zij na een geslaagde psychiatrische behandeling alsnog tot een somatische behandeling besluiten. Een gedwongen behandeling van de somatische stoornis zelf kan echter alleen plaatsvinden in het kader van de wGBO (zie hoofdstuk 9).

Een ander voorbeeld is het levensbedreigende ondergewicht dat bij anorexia nervosa kan ontstaan. In bijlage 3 zijn de aanbevelingen dienaangaande van de Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa opgenomen, die aangeven onder welke condities gedwongen opname verantwoord gerealiseerd kan worden. Ook bij verslaafden en zwangeren die zichzelf verwaarlozen kan dit gevaar zodanige vormen aannemen dat dwangopneming gerechtvaardigd is. Bij een zwangerschap waarbij de foetus al min of meer voldra-

gen is, pleegt men deze als een ‘ander’ te beschouwen. Verwaarlozing van zichzelf betekent dan dat de zwangere tevens een ander in gevaar brengt die aan haar zorg is toevertrouwd (zie paragraaf 3.3.6).

Aanbeveling 8

Bij twijfel over de juridische haalbaarheid van een maatregel op basis van het gevaar dat iemand maatschappelijk ten onder gaat of zichzelf verwaarloost, is het aan te bevelen toch door te gaan met de aanvraag daarvan, om zo voldoende jurisprudentie te scheppen. Daarbij dient in de aanvraag zorgvuldig gedocumenteerd te worden in welke mate de teloorgang of zelfverwaarlozing ontstaan en onderhouden is door de psychiatrische stoornis en in welke mate er ooit behandeling is toegepast en wat het effect daarvan was: dit om de besluitvorming te onderbouwen met de principes van proportionaliteit en doelmatigheid. Uiteraard is de mate van ziektebesef en -inzicht van de betrokkene daarbij relevant. Uitgebreide informatie van de naastbetrokkenen kan daarbij helpen. Voor zover het niet kunnen behartigen van de eigen materiële belangen op de voorgrond staat, moet een maatregel van curatele en bewind als alternatief overwogen worden.

3.3.3 *Het gevaar dat iemand, door zijn hinderlijk gedrag, de agressie van anderen zal oproepen*

In het algemeen zal het gevaar dat iemand agressie oproept maar zelden afzonderlijk voorkomen, en vaak gepaard gaan met het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander (zie paragraaf 3.3.5), of het gevaar voor zelfverwaarlozing of maatschappelijke teloorgang (zie paragraaf 3.3.1 en 3.3.2). Als er uitsluitend sprake is van deze vorm van gevaar, vindt er niet vaak een dwangopneming plaats (Dijkers & Widdershoven, 2006a).

3.3.4 *Andere gevaren voor zichzelf*

De in de wet gegeven opsomming van soorten gevaar is niet limitatief. Er kan jurisprudentie ontwikkeld worden over nog andere soorten gevaar. Dijkers noemt als zodanig de kans op een ongeval door rijden onder invloed, de kans op vallen van een bejaarde en een stagnerende sociale en emotionele ontwikkeling van een vijftienjarige door extreme computerverslaving (Dijkers & Widdershoven, 2006a).

3.3.5 *Gevaar voor de psychische gezondheid van een ander*

Bij gevaar voor de psychische gezondheid van een ander gaat het om patiënten die hun omgeving overmatig belasten met hun psychiatrische ziekte, en waarbij dit tot grote problemen leidt. Denk bijvoorbeeld aan een jongeman met een psychotische stoornis die zijn ouders uitput door zijn voortdurende bizarre gedrag, een man met dementie waarvan de echtge-

noot de zorg niet meer aankan, of een persoon die ernstig intimiderend gedrag vertoont onder invloed van imperatieve hallucinaties. Dit type gevaar is in de praktijk niet vaak aan de orde bij de toepassing van de Wet Bopz. Bij lastgeving tot inbewaringstellingen blijkt in ongeveer 3% van de gevallen 'gevaar voor de psychische gezondheid' de belangrijkste reden. Wel wordt dit gevaar vaker als secundair gevaarcriterium genoemd (27%). Het moet hier echt gaan om de bedreiging van de gezondheid: alleen negatieve invloed op het welbevinden is niet voldoende. Het gaat hier bijvoorbeeld expliciet niet om een middel in handen te hebben om overlastproblematiek aan te pakken. Natuurlijk gaat het hier ook om typisch door de rechter te toetsen grenzen van de toepasbaarheid van een concept (Dijkers & Widdershoven, 2006a).

3.3.6 Gevaar dat betrokkene een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen

Vaak zal het gaan om de verwaarlozing en/of mishandeling van kinderen. Deze betreft niet alleen fysieke verwaarlozing of mishandeling, vooral kan het ook gaan om pedagogische verwaarlozing en psychische mishandeling. Dit gevaar heeft meestal betrekking op moeders die hun baby niet meer verzorgen, zoals een moeder die haar pasgeboren baby niet meer te eten geeft, niet meer de luiers verschoont, of de baby uit haar handen (dreigt) te laten vallen in het kader van een postpartumpsychose. Maar het kan ook gaan om patiënten die hun hulpbehoevende ouders niet meer verzorgen. Ook dit gevaar komt relatief weinig voor. Wij kennen geen andere landen waar dit gevaarcriterium geldt. Soms lukt het om dit gevaar af te wenden door de verzorging uit handen te nemen. Voor het inschatten van de ernst van de verwaarlozing bestaan geen instrumenten, behalve de eerder genoemde Gevaar Beoordeling Checklist (bijlage 2).

De commissie meent dat psychiaters alert moeten zijn op kindermishandeling omdat dit fenomeen veel meer voorkomt dan men in het algemeen beseft. Bovendien doet het zich vaak in eerste instantie minder expliciet voor. Denk aan ontwikkelingsachterstanden, verwaarlozing, en allerlei vormen van pathologisch ouderschap. Het hoeft ook niet alleen om kinderen te gaan. Andere afhankelijke personen, zoals invaliden of ouderen, kunnen hetzelfde gevaar lopen. Ook meent commissie dat de beroepsgroep zich primair moet laten leiden door professionele overwegingen (zie ook conclusie 2 in hoofdstuk 4, paragraaf 2.2.1).

Aanbeveling 9

De gevaarcriteria van de Wet Bopz zijn niet limitatief. Wanneer typen gevaar voor zichzelf en/of voor anderen niet als zodanig in de Wet Bopz beschreven staan, kan in voorkomende gevallen worden overgegaan tot de aanvraag van Bopz-maatregel, als professionele overwegingen daartoe aanleiding geven.

3.3.7 Gevaar voor algemene veiligheid van personen of goederen

Het gevaar voor algemene veiligheid van personen of goederen is aan de orde als het gaat om een niet op bepaalde personen of goederen gericht handelen dat de veiligheid of integriteit bedreigt. Als voorbeeld wordt wel genoemd 'het regelmatig chausseren door een alcoholverslaafde in een zodanige roes, dat de fysiologische integriteit van de hersenen tijdelijk is aangetast' plaats (Dijkers & Widdershoven, 2006a). Als het gaat om gedrag dat wijst op dreigende brandstichting of vernieling, zijn natuurlijk strafrechtelijke interventies in eerste instantie meer geëigend. Het delict moet dan al gepleegd zijn. Maar het is denkbaar dat, als het gedrag duidelijk voortkomt uit een psychische stoornis, ook de psychiater ermee wordt geconfronteerd.

4 Risicotaxatie

Gezien de grote belangen die gemoeid zijn met een eenduidige en accurate inschatting van ernst en waarschijnlijkheid van de diverse gevaarsituaties, is het wenselijk dat men probeert hiervoor geëigende risicotaxatie-instrumenten te ontwikkelen. Voor twee soorten gevaarsituaties heeft men voldoende wetenschappelijke vorderingen gemaakt om de consequenties daarvan hier te bespreken.

4.1 Risicotaxatie van suïcidaal gedrag

De in 2003 verschenen richtlijnen van de American Psychiatric Association (APA) voor de *assessment and treatment of patients with suicidal behaviors* geven een uitvoerig en compleet overzicht van bekende risicofactoren voor suïcide. Zij citeren twee bekende en gezaghebbende studies waarin geprobeerd is deze risicofactoren te wegen. Pokorny (1993), die 4.800 mensen over vijf jaar volgde, selecteerde door middel van een stapsgewijze discriminantanalyse een combinatie van predictieve hoogrisicovariabelen. Hij kon hiermee 30 van de 67 mensen die zich hadden gesuïcideerd correct identificeren, maar tevens identificeerde hij er nog 773 ten onrechte. Goldstein e.a. (1991) volgde een groep met een duidelijk verhoogd risico, namelijk 1.906 patiënten met affectieve stoornissen die opgenomen waren geweest. Met een door hen ontworpen statistisch model waarin de hoogrisicofactoren waren gecombineerd, lukte het zelfs niet om ook maar een van de geslaagde suïcides te identificeren. Deze uitkomsten zijn voor klinisch besliskundigen geen verrassing. Zij zijn te wijten aan de zeer lage prevalentie van suïcide, zelfs in risicopopulaties, zoals die met de huidige methodiek worden beschreven. In de richtlijnen van de APA kan men daarom ook lezen, dat:

'... rating scales may be helpful to clinicians in tracking clinical symptoms over time and in developing a thorough line of questioning about suicide and suicidal behaviours. At the same time, because of their high rates of false positive and false negative findings and their low positive predictive values, these rating scales cannot be recommended for use in clinical practice in estimating suicide risk.'

Deze conclusie wordt nog eens bevestigd door Simon in een recente review (Simon, 2006). De commissie heeft daarom aanbeveling 5 in paragraaf 3.1 zo geformuleerd als zij gedaan heeft. De commissie beveelt dus net als vrijwel alle verhandelingen over taxatie van suïciderisico een zorgvuldig klinisch onderzoek aan, waarbij aandacht wordt besteed aan de bekende statische en dynamische risicofactoren, voor zover mogelijk en nodig. Op basis daarvan wordt het klinische oordeel gegeven. Anders gezegd: het klinische oordeel op basis van een 'gewoon' psychiatrisch onderzoek blijft voorlopig, bij gebrek aan beter, de basis voor de besluitvorming over dit soort gevaar. Wij zeggen 'voorlopig' omdat men zich theoretisch nog zou kunnen voorstellen dat men een veel verfijnder set van statische en dynamische risicofactoren zou kunnen ontwikkelen die rekening houdt met het proceskarakter van suïcidaliteit, waarmee men uiteindelijk tot een betere, voor de relatief bescheiden eisen van de Wet Bopz acceptabele voorspelling zou kunnen komen. Maar we zijn van die mogelijkheid nog ver verwijderd. 'Bij gebrek aan beter' betekent dat de accuraatheid van de predictie door een ervaren clinicus ook fors te wensen kan overlaten: ook zo is een suïcide op individueel niveau niet goed te voorspellen (Furst & Huffine, 1991). Dat betekent niet dat de taxatie van het suïciderisico door het gangbare 'gewone' psychiatrische onderzoek niet aanzienlijk kan winnen aan kwaliteit en mogelijk ook aan effectiviteit door dit te systematiseren en in risicosituaties veelvuldig te herhalen binnen een intensief contact met de patiënt. Daarbij kunnen *rating scales* een nuttige functie hebben. Op deze wijze kan men er zorg voor dragen dat alle risicofactoren in het onderzoek aan bod komen. Echter, het totale wegingsproces van al deze factoren samen in een concrete situatie op een gegeven moment in een proces van in intensiteit wisselende suïcidaliteit zal voorlopig niet (en misschien wel nooit) overgenomen kunnen worden door een 'instrument'. De grote variatie in combinaties van risicofactoren in de ook nog sterk verschillende individuele situaties staat dat in de weg. Zelfs voor de niet overdreven eisen die de Wet Bopz stelt aan de mate van waarschijnlijkheid, lijkt het aantal valspositieven en valsnegatieven van een dergelijke procedure te groot. Kortom: gestandaardiseerde risicotaxatie is nuttig voor de systematisering van de verzameling der gegevens en de transparantie van de procedure als zodanig, maar zij kan uiteindelijk zowel die verzameling als het wegingsproces daarvan in de complexiteit van de concrete situatie niet vervangen.

Conclusie 12

Er zijn geen wetenschappelijke gronden om voor de algemene psychiatrische praktijk het gebruik van een bepaald risicotaxatie-instrument voor het gevaar zichzelf van het leven te beroven, dringend aan te bevelen. De verschillende instrumenten bieden wel voldoende houvast om risicofactoren systematisch uit te vragen. Zie ook conclusie 10.

4.2 Risicotaxatie van gewelddadig gedrag

Gewelddadig gedrag is een van de meest harde gevaarcriteria en hierover bestaat over het algemeen de minste discussie. Voor het inschatten van dit gevaar bestaan geen op de algemene psychiatrie toegesneden instrumenten. Wel kunnen risicotaxatie-instrumenten uit de forensische psychiatrie gebruikt worden, zoals de HCR-20 (Webster e.a., 1997) of de HKT-30 (Canton e.a., 2004). Met deze instrumenten worden historische en klinische gegevens als potentiële risicofactoren in kaart gebracht en kan op basis hiervan een inschatting worden gemaakt voor de kans op een (recidief) geweldsincident. Vooral historische en klinische factoren (bijvoorbeeld bijkomende verslaving of een antisociale persoonlijkheidsstoornis) blijken geassocieerd met (recidief-) geweld (McNiel e.a., 2003). Het is zeer de vraag of deze instrumenten bruikbaar zijn in het kader van de Wet Bopz. Dit komt onder andere doordat risicotaxatie-instrumenten uit de forensische psychiatrie het gevaar op de langere termijn voorspellen, terwijl Wet Bopz-beslissingen meer betrekking hebben op de korte of de middellange termijn. Momenteel zijn er nog geen onderzoeksresultaten die hierover uitsluitsel geven (McNiel e.a., 2003).

Recentelijk is door Monahan e.a. (2006) een interactief computerprogramma ontwikkeld (COVR: *classification of violence risk*) dat de beoordelaar leidt door een korte lijst in te vullen gegevens en een 5-10 minuten durend interview met de patiënt. Monahan e.a. (2000; 2001) konden alle kortdurend gedwongen opgenomen patiënten, na een inventarisatie en analyse van risicofactoren in het begin van de opname, indelen in een groep (36%) met een laag risico voor geweld, een groep (55%) met gemiddeld risico en een (9%) met hoog risico. Bij die indeling was niet gebruikgemaakt van een psychopathiescore en andere wel relevante, maar in die context minder betrouwbaar te scoren risicofactoren. Bij prospectieve follow-up gedurende twintig weken was 9% van de lage risicogroep gewelddadig geweest en 49% van de hoogrisicogroep (Monahan e.a., 2005). Dit instrument is ontwikkeld en gevalideerd voor acuut opgenomen groepen klinische patiënten in de Verenigde Staten. Onderzoek in Nederland zal moeten uitwijzen of het instrument hier ook bruikbaar is.

De COVR is, net als de meeste risicotaxatie-instrumenten, gebaseerd op historische variabelen (voorgeschiedenis) die over het algemeen niet veranderen door behandeling. In de klinische praktijk is er meer behoefte aan

een dynamische verklaring voor mogelijk geweld, zodat gerichte behandeling dat risico kan verkleinen. Korte beoordelingslijsten als de *ward anger rating scale* (WARS), de *Novaco anger scale* (NAS) en de *brief psychiatric rating scale* (BPRS) zijn goede hulpmiddelen om geweld in een klinische setting op korte termijn te voorspellen aan de hand van dynamische variabelen (Doyle & Dolan, 2006). Ook zijn er eenvoudig door verpleegkundigen in te vullen lijsten met dynamische risicofactoren die behulpzaam kunnen zijn bij het klinisch beoordelen van het risico op geweld (Ogloff & Daffern, 2006; Webster e.a., 2006). Op grond van deze overwegingen meent de commissie de volgende conclusie te kunnen trekken.

Conclusie 13

Er zijn op dit moment geen wetenschappelijke gronden om het gebruik in de algemene psychiatrische praktijk van een bepaald risicotaxatie-instrument voor gewelddadig gedrag dringend aan te bevelen. De verschillende beschikbare instrumenten bieden wel houvast voor het systematisch uitvragen van risicofactoren. Zie ook conclusie 11.

Hoofdstuk 6

Besluiten en aanvragen

De volgende vragen worden in dit hoofdstuk behandeld.

- 1 Hoe komt men tot een beslissing of het aanvragen van een maatregel in het kader van de Wet Bopz geïndiceerd is? (Zie paragraaf 1.)
- 2 Volgens welke criteria stelt men vast welke van de ambulante of intramurale maatregelen in het kader van de Wet Bopz geïndiceerd is? (Zie paragraaf 2.)
- 3 Onder welke voorwaarden mag men een psychiatrische patiënt tegen zijn zin per ambulance vervoeren? (Zie paragraaf 3.)

1 Besluitvorming: dwangopneming of niet?

Bij de besluitvorming over het initiëren van dwangopneming spelen vele factoren een rol. De in hoofdstuk 2 geschetste kaders zijn alle van belang, en daarmee is de noodzaak van een veelheid van afwegingen in elke individuele casus gegeven. De commissie hecht eraan, te verklaren dat dwang daarom nooit in een set protocollaire regels is te vangen. Zeer in het algemeen kan men, uitgaande van de in hoofdstuk 4 genoemde kaders, het besluit over de wenselijkheid dwang te gaan toepassen bij een patiënt die om wat voor reden dan ook qua problematiek binnen het domein van de psychiatrie terecht is gekomen, als de uitkomst zien van een proces waarin men de volgende vragen beantwoorden moet:

- 1 Is er sprake van een noodzaak tot beveiliging en/of behandeling en/of een ander soort zorg waarmee gevaar in de betekenis die de Wet Bopz daaraan geeft, of ernstig nadeel zoals de wGBO dat bedoelt, voorkomen kan worden?
- 2 Wordt voldaan aan de eisen die men aan een goed hulpverlener mag stellen?
- 3 Wordt voldaan aan de ethische principes respect voor autonomie, weldoen, niet schaden en rechtvaardigheid?
- 4 Wordt voldaan aan de criteria van de Wet Bopz c.q. de wGBO?
- 5 Wordt voldaan aan de eisen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid?

Deze gepresenteerde 'checklist' kan men ook terugvinden in de 'Kwaliteitscriteria dwang en drang' van Berghmans e.a. uit 2001, die opgenomen zijn in bijlage 1. Toegepast op een specifieke psychische stoornis, anorexia ner-

vosa, vindt men ze ook terug in bijlage 3. Een belangrijk aspect van de besluitvorming is het voldoen aan de eisen van goed hulpverlenerschap. Dat impliceert vooral, uiteraard binnen de mogelijkheden die de situatie biedt, een open communicatie met de patiënt, zijn naasten, andere hulpverleners en overige betrokkenen. Dit is een uitwerking van conclusie 1 (hoofdstuk 4, paragraaf 1.5).

Aanbeveling 10

Men dient voor zover mogelijk open te communiceren met de patiënt, diens vertegenwoordiger en/of naasten, de huisarts en eerdere behandelaren alsmede de eventuele andere direct betrokken hulpverleners (bijvoorbeeld verpleegkundigen) en overige direct betrokkenen over de weging van de argumenten voor dwangtoepassing. Men dient dus zoveel mogelijk in dit opzicht te handelen in de geest van de kwaliteitscriteria van Berghmans e.a. (2001).

Bij het wege van de ernst van het gevaar kan de Gevaar Beoordeling Checklist (bijlage 2) nuttig zijn, ook al is deze niet gevalideerd. De checklist maakt het gevaar en de ernst daarvan wel heel concreet zichtbaar: een voorbeeld van *good clinical practice*. De psychiater kan twijfels houden over de uitkomst van het besluitvormingsproces op grond van onzekerheid over hoe bepaalde data te wegen. De commissie beveelt aan dit goed te documenteren (zie aanbeveling 2 in paragraaf 1), zowel in het geval dat men desondanks besluit dat de toepassing van dwang gerechtvaardigd is, als in het omgekeerde geval. In het eerste geval moet men niet aarzelen dit voor te leggen aan de beoordelend psychiater, of als men dit zelf is: aan de rechter, door er melding van te maken in de geneeskundige verklaring zoals die in hoofdstuk 7 aan de orde komt.

Een voorbeeld van een weliswaar zeldzaam voorkomende maar delicate situatie die een goede documentatie vereist, is die van de op basis van een depressieve stoornis suïcidale patiënt, voor wie professioneel gezien geen behandelperspectief meer bestaat. Dijkers (Dijkers & Widdershoven, 2006c) wijst erop dat in een dergelijk geval nog niet 'automatisch' overgegaan moet worden tot dwangopname; dat indien de dwangopneming er slechts toe strekt de betrokkene gevangen te houden in een door hem zelf als onleefbaar beschouwd bestaan, de proportionaliteit ontbreekt (altijd een relevant gezondheidsrechtelijk criterium). Dit is in dit verband een belangrijk geluid: hoewel in het hier beschreven voorbeeld van suïcidaliteit aan alle criteria van de Wet Bopz voor een dwangopname is voldaan, wordt een 'automatische' uitvoering daarvan niet proportioneel geacht en daarmee niet gerechtvaardigd. Of zoals Dijkers zegt: 'De wet verplicht niet tot een machtiging' (Dijkers & Widdershoven, 2006d). Daarmee is de ruimte aangeduid die ook vanuit juridisch perspectief bestaat voor de andere in

hoofdstuk 4 genoemde overwegingen.

In het algemeen dient men te beseffen dat bij dit soort besluitvormingsprocessen de persoonlijke opvattingen van de psychiater over welke vorm van 'gevaarlijk' gedrag nog aanvaardbaar of zelfs begrijpelijk is in een bepaalde maatschappelijke context, een mogelijk onderschatte rol spelen bij het proces van besluitvorming. Het behoort tot iemands professionele competentie zich hier in voorkomende situaties voortdurend van bewust te zijn.

2 Kiezen uit Wet Bopz-maatregelen

De commissie heeft zich in deze paragraaf ten doel gesteld een handvat aan te bieden waarmee de practicus geholpen kan worden bij het maken van zijn keuzen. Zij heeft zich inzake de diverse in de wet beschreven procedures beperkingen moeten opleggen. Het was niet de bedoeling een nieuw leerboek over de toepassing van de Wet Bopz te schrijven naast de al bestaande uitstekende werken op dat gebied, zoals die van Keurentjes, Dijkers en Widdershoven (2005) en Keurentjes en Zuiderhoudt (2002-). Daarom worden de verschillende wettelijke modaliteiten (zoals voorwaardelijke RM, zelfbindingsmachtiging, observatiemachtiging, inbewaringstelling, voorlopige machtiging en dergelijke) in bijlage 7 kort beschreven. Voor een gedetailleerde beschrijving van de diverse procedures en de jurisprudentie wordt verwezen naar de zojuist genoemde beschikbare literatuur.

De commissie heeft wat meer aandacht geschonken aan de voorwaardelijke machtiging (paragraaf 2.2), omdat dit een recente ter beschikking gekomen nieuwe modaliteit is die goed past in de de-institutionalisering en een aantal internationale ontwikkelingen en die zo een vanuit professioneel gezichtspunt veelbelovende vernieuwing van de Wet Bopz lijkt in te luiden. Minstens zo belangrijk is daarnaast dat er relatief veel onderzoeksgegevens over de effectiviteit ervan bekend geworden zijn. De richtlijncommissie staat vanwege de actualiteit in dit hoofdstuk ook stil bij de in 2008 van kracht geworden zelfbindingsmachtiging (paragraaf 2.3). Voor de overige maatregelen wordt verwezen naar de bijlagen 6 en 7. De commissie heeft om uiteenlopende redenen afgezien van een uitgebreide bespreking van andere maatregelen zoals de observatiemachtiging, waarvan de toekomst hangende de evaluatie onzeker is. Een aantal vuistregels in de huidige wettelijke context (januari 2008) durft zij echter wel te formuleren.

2.1 Overwegingen bij de keuze

De Wet Bopz biedt aan de psychiater, na een aantal recente en kortelings op handen zijnde wetswijzigingen, een scala van wettelijke mogelijkheden om de patiënt zo nodig onder dwang op te nemen en/of te behandelen. De Wet Bopz toont de sporen van een tamelijk snel verlopend veranderings-

proces dat nog niet is afgerond en dat als voornaamste punten van verandering heeft:

- ambulante drang effectiever mogelijk maken;
- de mogelijkheid van zelfbinding realiseren;
- gedwongen intramurale observatie zonder behandeling mogelijk maken;
- de ruimte voor intramurale dwangbehandeling vergroten.

Door de verschillende mogelijkheden die dit scala biedt, zal de psychiater zich een oordeel moeten vormen welke maatregel in welke omstandigheden de voorkeur verdient. De psychiater behoeft daarin niet alleen te staan. Bij het afgeven van een geneeskundige verklaring is ook overleg mogelijk met de officier van justitie. Sinds enige tijd zien we dat sommige rechtbanken accepteren dat bij aanvraag van een voorwaardelijke RM subsidiair tevens een aanvraag voor een voorlopige RM wordt ingediend (ingeval de rechter niet overtuigd kan worden dat betrokkene zich aan het betreffende behandelplan zal houden). Ook kan de rechter, wanneer hij vermoedt dat een andere maatregel passender is, de zaak aanhouden en de officier van justitie erop wijzen dat een andere maatregel passender is. Wanneer dergelijke problematiek wordt voorzien, adviseert de richtlijncommissie tevens dat de psychiater met zijn eerste geneeskundige overlegt en zo nodig met een jurist van de betreffende instelling. Ook kan het nuttig zijn een vooroverleg te hebben met de officier van justitie die het verzoek om de machtiging formeel indient. Immers, de wetgeving is zo complex en dusdanig aan het veranderen, dat een juridisch advies een belangrijke bijdrage kan leveren aan besluitvorming van de psychiater.

Toch staat de psychiater voor het afwegingsproces, welke maatregel door hem zal worden aangevraagd: welke Bopz-procedure hij zal kiezen om het beoogde doel van afwending van gevaar te realiseren. Hiervoor bestaan de reeds genoemde criteria:

- doelmatigheid (effectiviteit) en proportionaliteit van de ingreep;
- subsidiariteit (doelmatige alternatieven);
- respecteren van de autonomie van de patiënt. Bij het zoeken naar een alternatief en bij het respecteren van de autonomie van de patient dient gezocht te worden naar de:
 - *least restrictive* ingreep (omgeving, fysieke beperking, opname, separeren);
 - *least intrusive* ingreep wat betreft de privésfeer;
 - *least intrusive* wat betreft de verstoring integriteit menselijk lichaam.

Optimaal zouden deze criteria in een *stepped care*-schema kunnen passen. Het aantrekkelijke van een dergelijke ordening is dat deze zich goed verdraagt met wat voor de psychiater ook professioneel de best begaanbare weg is. Het gangbare wettelijke kader is daar echter maar beperkt op toegesneden. Toch kunnen we pogen iets van het stepped care-principe toe te

passen, door de huidige Wet Bopz-maatregelen naar mate van toenemende ingrijpendheid te ordenen. Maar daarbij zal, naast de doelmatigheid en de proportionaliteit van de verschillende interventies, de vraag centraal staan, welke mate van ingrijpendheid de patiënt daarbij zal ervaren. We geven enkele voorbeelden.

- Wanneer de autonomiebeleving van de patiënt een doorslaggevende factor blijkt, kan een via zelfbinding ‘zelf gekozen’ dwangopname of dwangbehandeling juist minder ingrijpend worden geacht dan een door anderen besloten observatiemachtiging (terwijl in die observatiemachtiging geen gedwongen behandeling kan worden gegeven).
- Wanneer voor de patiënt de (gedrongen/gedwongen) medicamenteuze beïnvloeding zeer zwaar weegt, dan kan een voorwaardelijke RM soms meer ingrijpend worden geacht dan een observatiemachtiging, waarbij de patiënt immers niet onder dwang mag worden behandeld.
- Wanneer de fysieke inperking en vrijheidsbeneming als maatstaf worden genomen, zal de voorwaardelijke RM minder ingrijpend worden getaxeerd dan de voorlopige machtiging.

Steeds moet voor de uiteindelijke keuze de genoemde doelmatigheid en proportionaliteit van de interventie meegewogen worden en speelt de mate waarin de patiënt de gevolgen van de verschillende keuzen zelf kan overzien (wilsbekwaamheid) een rol. Zo kan een voorwaardelijke machtiging vanwege onvoldoende en minder professionele monitoring minder doelmatig zijn en daardoor langer duren en mogelijk proportioneel ongunstiger uitpakken dan een gedwongen opname.

Vaak zal de keuze van het Wet Bopz-maatregel redelijk vanzelfsprekend zijn, zoals een lastgeving tot IBs bij acuut gevaar en een zelfbindingsmachtiging op eigen verzoek in goed overleg met de patiënt. Maar wanneer de omstandigheden minder vanzelfsprekend zijn dan zal naast de wettelijke en behandeloverwegingen ook rekening gehouden worden met de (bekende of desnoods getaxeerde) opvattingen van de betreffende patiënt of van diens vertegenwoordiger.

Zo kan vanuit behandelcontacten of vorige episodes met dwang bekend zijn dat de patiënt een specifiek medicament of een ingreep zoals separatie als veel ernstiger en ingrijpender ervaart dan een ander middel waarmee het beoogde doel kan worden bereikt. Dat kan ook invloed uitoefenen op het besluit of een voorwaardelijke RM of een voorlopige RM wordt aangevraagd. Bij de zelfbindingsmachtiging zal hierover feitelijke informatie in het bezit komen van de psychiater (soms in positieve zin, soms ook als negatieve wilsbeschikking), in andere gevallen zal men de afweging hierover moeten maken in samenspraak met vroegere behandelaars en de (verteenwoordiger van de) patiënt. Uiteraard moet men bij besluitvorming ook rekening houden met resultaten van wetenschappelijk onderzoek. In hoofdstuk 4 kwamen reeds enkele uitkomsten daarvan over de toepassing

van dwang in het algemeen ter sprake. Hier worden in paragraaf 2.2 de resultaten van wetenschappelijk onderzoek over de voorwaardelijke machtiging besproken, alsmede wat dat voor de praktijk betekent.

Het veranderingsproces van de Wet Bopz is in volle gang. Inmiddels is per 1 januari 2008 de zelfbindingsmachtiging in werking getreden. Tevens lijkt het erop dat door wetwijziging 30.492, die in december 2007 nog bij de Eerste Kamer lag, de uitvoerbaarheid van ambulante drangbehandeling zal verbeteren en de ruimte voor intramurale dwangbehandeling groter zal worden (zie verder hoofdstuk 9). Daarnaast is het niet uitgesloten dat de in 2005 geïntroduceerde observatiemachtiging over enige tijd geen wettelijke maatregel meer zal zijn, wanneer de evaluatie van die mogelijkheid in 2008 voor de Tweede Kamer negatief zal uitvallen. (Per 1 juni 2008 is een wetwijziging van kracht geworden: zie hoofdstuk 9 en bijlage 11.)

2.2 De voorwaardelijke machtiging

Een bijzondere aandacht verdient hier de voorwaardelijke machtiging, een vorm van formele drang buiten het psychiatrische ziekenhuis. Deze is de opvolger van de vroegere paraplumachtiging. De voorwaardelijke machtiging zal naar verwachting in 2008 gewijzigd worden met wetwijziging 30.492. Dan vervalt het zogeheten instemmingsvereiste en ontstaat een meer flexibele regeling van opnamen ten tijde van de voorwaardelijke machtiging. (Na 1 juni 2008 is een wetwijziging van kracht geworden: zie hoofdstuk 9 en bijlage 11.) Deze wijziging is op 1 juni 2008 van kracht geworden. Bij de voorwaardelijke machtiging is van groot belang geworden dat de betreffende patiënt in het vervolg niet meer zijn instemming hoeft te betuigen met het voorgenomen behandelplan. Wel is het noodzakelijk dat de behandelend psychiater dit met hem heeft besproken en dat de psychiater de rechter kan informeren dat hij de kans groot acht dat de betrokkene weliswaar niet zal instemmen met de verplichtingen, maar deze wel zal naleven (zoals veelal in het verleden reeds gebleken zal zijn). Zie verder hoofdstuk 9, paragraaf 2.

De voorwaardelijke machtiging verdient de extra aandacht om twee redenen. Ten eerste zien we wereldwijd een tendens naar de-institutionalisering. Om in die tendens minder patiënten binnen instellingen te behandelen en te verplegen en meer patiënten te begeleiden met *community care*, zien we in steeds meer landen regelingen voor drang en dwang buiten het ziekenhuis. Ten tweede opent zich hier een gebied, waar (meer dan op andere gebieden van dwang en drang) pogingen worden gedaan om middels onderzoek de effectiviteit van bepaalde interventies aan te geven. Het hoogste bewijs voor werkzaamheid van een behandeling is het gerandomiseerde, dubbelblinde onderzoek. Nu laat zich een dwang- of drangbehandeling niet dubbelblind onderzoeken, maar randomisatie naar behandeling via een ambulante dwangbehandeling of een behandeling zonder

toepassing van dwang is theoretisch denkbaar. De Cochrane Library bevat een systematische review van gerandomiseerd onderzoek naar 'werkzaamheid' van *outpatient commitment* (OPC: Kisely, Campbell & Preston, 2005). Dit is een van de modaliteiten die vergelijkbaar is met de voorwaardelijke machtiging. Kisely e.a. concluderen dat er onvoldoende evidence zou bestaan voor werkzaamheid. Echter, analyse van hun onderzoek levert op dat hier slechts twee gerandomiseerde studies in betrokken zijn. De eerste studie (Swartz e.a., 1999) werd door Kisely, Campbell en Preston slechts over een eerste, korte onderzoeksfase in hun review betrokken.

De onderzoeksgroep zelf concludeerde echter over een langere (niet-gerandomiseerde) periode dat OPC juist wel een bijdrage kan leveren aan het terugdringen van ziekenhuis(her)opnamen bij langer durende OPC, gecombineerd met intensieve behandeling (meer dan zeven contacten per maand), vooral bij personen met psychotische stoornissen bij wie tevens het gebruik van depotantipsychotica toenam. De tweede studie waarop de Cochrane-review zich baseert, is van Steadman e.a. (2001). Echter, dit onderzoek wordt bekritiseerd omdat gewelddadige patiënten werden uitgesloten, het behandelteam vanuit het psychiatrische ziekenhuis en niet *community-based* werkte, en patiënten in geval van therapieontrouw niet tegen hun wil naar de ggz-instelling gebracht konden worden (Muirhead, Harvey & Ingram, 2006). Hiermee werden juist de meest werkzame ingrediënten van OPC niet ingezet: het betrof een ondeugdelijke vorm van OPC. Het is daarom de vraag of deze studie niet geëxcludeerd had moeten worden van de Cochrane-review. Kisely e.a. concluderen dat meer gerandomiseerd onderzoek wenselijk is. Ook Appelbaum (2005), Geller (2006) en Salize en Dressing (2005) advisereren dit. De Cochrane-review onderkent echter tevens dat dergelijk onderzoek zeer moeilijk te realiseren is vanwege ethische en juridische problemen. Gerandomiseerd onderzoek vraagt immers dat een door de rechter opgelegd dwangregime voor sommige personen wel, en voor andere personen niet wordt uitgevoerd.

Bij ontbreken van adequate RCT's die antwoord kunnen geven op de vraagstelling van werkzaamheid, is het volgende niveau van bewijs dat van ander, liefst gecontroleerd onderzoek. Dit is immers de gebruikelijke procedure bij medische besluitvorming in het algemeen en bij richtlijnontwikkeling in het bijzonder. Swartz e.a. (2004; 2006) vatten een deel van het beschikbare onderzoek systematisch samen. Zij beschrijven onder andere de ervaring van patiënten die OPC ondergaan. Van hen acht 62% de OPC effectief en 55% beschouwde de maatregel als *fair*. Deze positieve groepen bestaan vooral uit de personen die meer ziektebesef en ziekte-inzicht hebben. De groep die negatief oordeelt, is meer psychotisch en ervaart zichzelf minder als 'ziek'.

In de Verenigde Staten is tevens onderzoek gedaan naar 'Kendra's Law' (Office of Mental Health NY, 2005; Appelbaum, 2005). Dit is een vorm

van voorwaardelijke ambulante zorg die veel striktere eisen stelt aan het behandelplan en het door zowel patiënt als hulpverlener nakomen daarvan, onder andere door ACT-teams. Dit programma toont een teruggang van het aantal opnamen en detentiedagen, samen met een teruggang van delicten. Het percentage patiënten in contact met de zorg groeide van 53% naar 100%; problemen in zelfzorg en maatschappelijke aanpassing verminderden met 23% en gevaarlijk gedrag verminderde met meer dan 40%. Ongeveer de helft van de patiënten vond dat de wettelijke regeling hen te zeer beperkte, maar anderzijds meer dan 80% gaf aan, dat men door de behandeling juist autonomie had herwonnen. Met deze ogenschijnlijk tegenstrijdige bevindingen werd getoond dat het inperken van de autonomie ten behoeve van gedwongen behandeling en begeleiding kon leiden tot het herwinnen van de autonomie, in de zin van een minder door psychiatrische stoornis overheerst bestaan en minder klinische opnamen.

In de literatuur over OPC wordt toenemend duidelijk dat de 'cultuur' een belangrijke rol speelt en dat daarnaast de geboden zorg en behandeling in de maatschappij essentiële factoren zijn. Zo zijn in de ggz in Australië de *community treatment orders* (CTO) niet meer weg te denken. Men beschouwt hen als essentieel en nuttig instrument in een context van ambulante zorg (Van Veldhuizen, 1994; 1999). Muirhead, Harvey en Ingram (2006) beschrijven bij geïndiceerde personen gunstige effecten op de toename van behandelcontacten, een afname van heropnamen en van het aantal opnamedagen.

Een vergelijkbaar resultaat vinden Vaughan e.a. (2000) voor patiënten met schizofrenie die een CTO hebben en met een depotantipsychoticum worden behandeld. In Nieuw-Zeeland is Dawson met zijn onderzoeksgroep (2004; 2005; 2006) de belangrijkste auteur, die tevens de contouren schetst van wenselijke CTO-regelgeving, om deze tot een effectief instrument te laten worden. Daarbij bepleit hij de verplichting voor de patiënt om medicatie te accepteren. De hulpverlener heeft niet de bevoegdheid om dat in de huiselijke setting ook te kunnen afdwingen, maar wel middels een snel uitvoerbare opname waarbinnen de verplichte medicatie ook inderdaad wordt toegediend. Gibbs e.a. (2005) beschrijven dat zowel de meeste patiënten als de meeste behandelaars in Nieuw-Zeeland de CTO accepteren, vooral als alternatief voor dwangopname. De meerderheid van de patiënten ziet de CTO als een behulpzame stap op weg naar een stabiel verblijf in de maatschappij. Naar voorbeeld van Australië en Nieuw-Zeeland heeft inmiddels Schotland een zelfde weg gekozen, waarbij CTO's een belangrijke rol spelen (Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act, 2006). Anderzijds melden Kisely, Campbell en Preston (2005) dat de nieuwe wetgeving in Engeland en Wales, die *supervised community treatment* mogelijk moet maken om draaideuropnamen te verminderen, dit doel waarschijnlijk niet zal halen.

De talrijke publicaties uit vele landen over gecontroleerde en ongecontroleerde onderzoeken alsmede naturalistische beloopstudies tonen overwegend dat vormen van gedwongen zorg en behandeling buiten het ziekenhuis effectief kunnen zijn (bewijskrachtniveau 2). Ze kunnen leiden tot minder heropnamen, beter functioneren buiten het ziekenhuis en minder justitiële contacten. Echter, uit deze literatuur blijkt tevens dat de zowel de effectiviteit als de acceptatie door patiënten van deze vormen van gedwongen zorg direct afhankelijk zijn van het type zorg dat het zorgsysteem kan bieden (Appelbaum, 2005; Dawson, 2006; Gibbs e.a., 2005). De wijze waarop de gedwongen zorg wordt aangeboden blijkt dus een belangrijke factor. Aangezien deze vormen van drang en dwang buiten het psychiatrische ziekenhuis steeds gericht zijn op langdurige ambulante zorg voor patiënten met chronische psychotische stoornissen, zal voor de voor deze groep evidence-based effectief gebleken *assertive community treatment* (ACT) (Marshall & Lockwood, 1998) een belangrijke plaats weggelegd zijn. Belangrijke aspecten van ACT zijn dat de hulpverlener *outreaching* de patiënt thuis bezoekt, en dat vanuit een multidisciplinair team zo nodig intensieve bemoeizorg door meerdere teamleden kan worden geboden. Daardoor kan de zorgintensiteit buiten het psychiatrische ziekenhuis aanzienlijk worden opgevoerd. In Nederland groeit het aantal ACT-teams gestaag en ontstaat ook een variant, de zogenaamde Functie-ACT of FACT-teams (Van Veldhuizen e.a., 2006; 2007; Bond & Drake, 2007). Dit soort teams zijn onderdeel van een transmurale ketenzorg. Dit biedt allereerst mogelijkheden voor het voorkómen van drang en dwang door intensieve behandeling en zorg in de eigen leefomgeving van de patiënt, maar indien nodig ook de voldoende deskundigheid en intensiteit om zorg in het kader van een voorwaardelijke machtiging uit te voeren, inclusief zo nodig opnamen. Steeds meer landen treffen wettelijke regelingen in dezen. Deelrapport 7 van de Derde Evaluatie Wet Bopz geeft hiervan voorbeelden. In de internationale literatuur zien we toenemend het begrip *level of perceived coercion*. Het gaat er dan om welke dwang of drang de patiënt ervaart van de maatregel. Die ervaring hangt niet alleen samen met de maatregel, maar ook met de wijze waarop de ggz uitvoering geeft aan die maatregel. Leidt bijvoorbeeld, wanneer een patiënt zich niet houdt aan gestelde voorwaarden, dit feit al of niet onmiddellijk tot actie (en zelfs heropname) door de behandelaars? Zo leidde in het genoemde onderzoek van Steadman het zich niet houden aan het behandelplan niet tot een gedwongen opname (Steadman e.a., 2001). Ook in de Nederlandse praktijk zien we dat het niet naleven van de voorwaarden door de patiënt nogal eens niet wordt gevolgd door acties van de hulpverlener. Op dat moment wordt de maatregel dus feitelijk niet of niet volledig benut. Tevens speelt bij de mate van ervaren dwang of drang de vraag, in hoeverre een patiënt zich meer gedwongen voelt door gedwongen medicatie of door gedwongen opname.

Geconcludeerd kan dus worden dat internationaal de aandacht voor drang en dwang buiten het psychiatrische ziekenhuis toeneemt. Steeds meer landen passen hun wetgeving daarop aan. Er ontstaat een veelheid van onderzoeksresultaten, maar deze leiden niet alle tot een conclusie over effectiviteit of verkieslijkheid van drang of dwang buiten het psychiatrische ziekenhuis. Steeds moeten de effecten van dit type zorg gerelateerd worden aan de (intensivering van) geboden community care en de door betrokkene ervaren drang en dwang. Toch ziet de richtlijncommissie samenvattend voldoende gronden voor werkzaamheid van zorg in het kader van een voorwaardelijke machtiging (bewijskrachtniveau 2). Deze kan vooral te prefereren zijn boven de meer ingrijpende en inperkende vormen van dwang, bijvoorbeeld de dwangopname.

Een vereiste daarbij is wel dat de ambulante zorg buiten het ziekenhuis zodanig geregeld is dat, indien haalbaar, drang kan worden voorkomen en, indien noodzakelijk, de drang ook de facto kan worden uitgevoerd. Het is zinloos om een voorwaarde (bijvoorbeeld medicatietrouw) te formuleren en niets te ondernemen wanneer de patiënt deze niet nakomt. Bij de uitvoering van de Voorwaardelijke Machtiging zal de ggz een intensieve en outreachende vorm van zorg moeten kunnen bieden om de noodzakelijke hulp te kunnen bieden en tevens toezicht op naleving van de voorwaarden te kunnen houden. In geval van medicatietrouw als voorwaarde is het wenselijk de patiënt ook inderdaad op te nemen als hij met de medicatie stopt, om zo de herstart met medicatie te bevorderen.

2.3 Zelfbindingsmachtiging

Per 1 januari 2008 is de zelfbindingsmachtiging van kracht geworden. Alle veldpartijen hebben hierop aangedrongen. Het doet recht aan autonomie van personen en hun ervaringsdeskundigheid. Daarnaast hoopt men op een preventief effect: de patiënt weet nu dat er desnoods dwangopname komt en zal zich daardoor sneller vrijwillig laten behandelen. Bovendien zal de drempel voor die behandeling minder hoog zijn, omdat de patiënt hiervoor in het verleden heeft gekozen. Echter, ondanks signalen daarover uit het veld heeft de wetgever gekozen voor een zeer gecompliceerde wet. In bijlage 9 is uitvoerige informatie opgenomen over de zelfbindingsmachtiging.

Het zal nauw luisteren om met een patiënt als behandelaar(s) een zelfbindingsverklaring op te stellen. Een crisiskaart van de patiënt kan, indien aanwezig, daarbij behulpzaam zijn. De richtlijncommissie adviseert dat daarbij zowel de ambulante psychiater als de klinische psychiater betrokken worden, dat de psychiater die de patiënt met continuïteit van zorg 'transmuraal' kan behandelen beide aspecten van die behandeling in zijn oordeel weegt. Immers, de ambulante psychiater kan zien of de beschreven (vroeg) symptomen zich voordoen en kan dan artikel 34 g (de opnameaanvraag) in

gang zetten. Maar de klinisch psychiater zal daarna de gevraagde (dwang-) behandeling moeten uitvoeren. Deze beide psychiaters moeten het dus eens zijn met de behandelwensen van de patiënt. Vervolgens zal een derde psychiater moeten verklaren dat patiënt bij het opstellen van dit plan wilsbekwaam was én dat het voorgestelde plan haalbaar en effectief zal zijn. Deze psychiaters zullen allen zorgvuldig moeten afwegen wat zij als professionals in die verklaring willen laten opnemen door de patiënt opdat die wensen van de patiënt ook uitvoerbaar zullen blijken. De richtlijncommissie adviseert de patiënt in zijn verklaring een standaardclausule op te laten nemen, volgens welke de patiënt het ziekenhuis toestaat om hem of haar zo nodig te verplegen op een gesloten afdeling en hem of haar zo nodig onder fysieke dwang medicatie te geven. Immers, zonder die toestemming kan mogelijk wel dwangbehandeling worden gegeven, maar kan de patiënt niet verplicht worden in het ziekenhuis te blijven of die dwangmedicatie ook de facto te gedogen. Voor een patiënt met anorexia nervosa zal men zo nodig in haar zelfbindingsverklaring moeten beschrijven dat zij niet slechts sondevoeding onder dwang toestaat, maar tevens de fysieke middelen die daarvoor nodig kunnen zijn (vasthouden, fixeren).

De richtlijncommissie wil daarnaast wijzen op enkele andere aandachtspunten. Ten eerste die van een zogeheten 'negatieve wilsverklaring'. Het is nog niet duidelijk wat het zal betekenen wanneer een patiënt in een zelfbindingsverklaring zou aangeven 'nimmer medicatie X' te willen gebruiken of 'nimmer gesepareerd te willen worden'. Wanneer een dergelijke patiënt op de afdeling zeer onrustig en gevaarlijk zou worden, is niet uit te sluiten dat de behandelaar (of zijn waarnemer) met lege handen komt te staan. Zelfs als hij een lastgeving tot IBS zou aanvragen, blijft de zelfbindingsverklaring (artikel 34 p) mogelijk van kracht. De psychiater zal daarom terughoudend moeten zijn tegenover stellige negatieve wilsuitingen. Vanzelfsprekend moet de patiënt gelegenheid hebben om aan te geven welke interventies minder gewenst zijn. Ook kan men bijvoorbeeld samen met de patiënt in de verklaring opnemen dat hij of zij 'slechts in het uiterste geval' een bepaald medicament of separeerverblijf accepteert, of dat een specifiek preparaat voor de patiënt niet acceptabel is. Maar het op voorhand, ongeacht de omstandigheden, uitsluiten van een bepaalde groep medicatie of verpleegmiddelen wordt door de commissie ontraden, omdat anders in een kliniek niet te voorziene situaties kunnen ontstaan.

Een tweede probleem is de slagvaardigheid van deze maatregel. Indien de patiënt afglijdt naar de situatie dat hij of zij eigenlijk zou moeten worden opgenomen, moet de naastbetrokkene of de behandelend psychiater dit signaleren en besluiten tot actie. Dan is er eerst een andere psychiater nodig als beoordelaar, vervolgens moeten de papieren naar de officier van justitie en daarna moet de rechter binnen vijf dagen uitspraak doen. Meestal zal dan een week of meer voorbij zijn. Voor de mensen voor wie

deze maatregel was bedoeld (bipolaire stoornis) kan een week veel te lang zijn. Het valt niet uit te sluiten dat de psychiater, ondanks de wens van de patiënt om alles zélf in de hand te houden, tóch zal moeten besluiten om een lastgeving tot IBS aan te vragen.

Ten slotte blijven er vragen over de situatie in de kliniek. Indien bijvoorbeeld de klinisch psychiater die de verklaring (mede) ondertekende, op vakantie is of elders werkt, zal een andere collega met die afspraken worden geconfronteerd. Het is uit de wet niet duidelijk of deze psychiater dan tot de betreffende behandeling verplicht is. Zo is ook niet duidelijk wat de zelfbindingsverklaring betekent wanneer de patiënt zich bij een ander ziekenhuis meldt, of wanneer hij daar tijdelijk (bijvoorbeeld in verband met plaatsgebrek) moet worden geplaatst. De patiënt kan tegen het niet uitvoeren van het behandelplan een klacht indienen. Het moge duidelijk zijn dat praktijkstudie en eerste jurisprudentie hier van groot belang zijn. Op grond van de overwegingen uit de paragrafen 2.1, 2.2 en 2.3, alsmede bijlage 6 en 7 komt de commissie tot de volgende conclusie en aanbeveling.

Conclusie 14

De voorwaardelijke machtiging in het algemeen kan gezien worden als een minder ingrijpende en minder inperkende variant van dwangtoepassing dan een dwangopname. De voorwaardelijke machtiging verdient, indien doelmatig, de voorkeur boven die welke gepaard gaan met een gedwongen opname, tenzij de betrokken patiënt de mate van drang of dwang in die conditie anders beleeft.

De zelfbindingsmachtiging is qua uitvoering complex; deze komt echter tegemoet aan de autonomie en ervaringsdeskundigheid van de patiënt. Uit de praktijk zal moeten blijken in welke mate zij uitvoerbaar is.

Aanbeveling 11

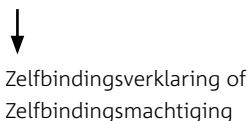
- Bij twijfel over keuze van een maatregel dient de psychiater te overleggen met de geneesheer-directeur en/of een door deze daartoe aangewezen jurist of met de officier van justitie.
- In geval van noodzakelijke afwending van direct gevaar wordt gekozen voor de lastgeving tot IBS.
- In geval van een beoogd langer traject bij een patiënt die goed bekend is bij en met de behandelaar, geeft de commissie de voorkeur aan (indien als haalbaar en doelmatig getaxeerd) een ambulante vorm van 'drang'-behandeling zoals de voorwaardelijke machtiging.

- Wanneer sprake is van een patiënt met een sterk episodisch ziekteverloop waarbij episoden van wilsbekwaamheid en wilsonbekwaamheid elkaar nadrukkelijk afwisselen, zal in wilsbekwame episoden de patiënt geïnformeerd moeten worden over de mogelijkheden van zelfbinding.
- Wanneer er sprake is van geestelijke stoornis door ernstige verslaving, kan de RM op eigen verzoek met patiënt worden besproken.
- In geval van een beoogd langer traject bij een patiënt die niet goed bekend is en van wie de reacties op behandelmiddelen niet goed bekend zijn, zal eerder worden gekozen voor een voorlopige machtiging.
- Wanneer na een voorlopige machtiging, en na een goed verlopen voorwaardelijk ontslag een verlenging van de maatregel nodig lijkt, zal een voorwaardelijke RM worden aangevraagd.
- Houdt bij het opstellen van de zelfbindingsverklaring rekening met de noodzaak van verpleging op een gesloten afdeling en eventuele middelen of maatregelen.
- Gewaarschuwd wordt voor toepassing bij stellige negatieve wilsuitingen van de patiënt.
- In toenemende mate zal het belang van het (toekomstig) behandelingsplan centraal staan: bij voorwaardelijk ontslag en bij de voorwaardelijke RM moet de patiënt nu nog daarmee instemmen. Een door de Tweede Kamer aangenomen wetswijziging (30.492) die van kracht is geworden per 1 juni 2008, zal die instemmingseis bij de voorwaardelijke RM gaan vervangen door 'ten minste na overleg' (zie hoofdstuk 9 en bijlage 11).
- Bij het beschrijven van (ook toekomstgerichte) behandelingsplannen zal de psychiater grondig moeten afwegen of de voorgestelde behandelmiddelen in mogelijk toekomstige crisissituaties toereikend zullen zijn (ook voor algemene toepassing door anderen dan de betreffende psychiater) en of vooral negatieve wilsbeschikkingen in een dergelijk plan geen ernstig beletsel zullen vormen in bijvoorbeeld een klinische fase.

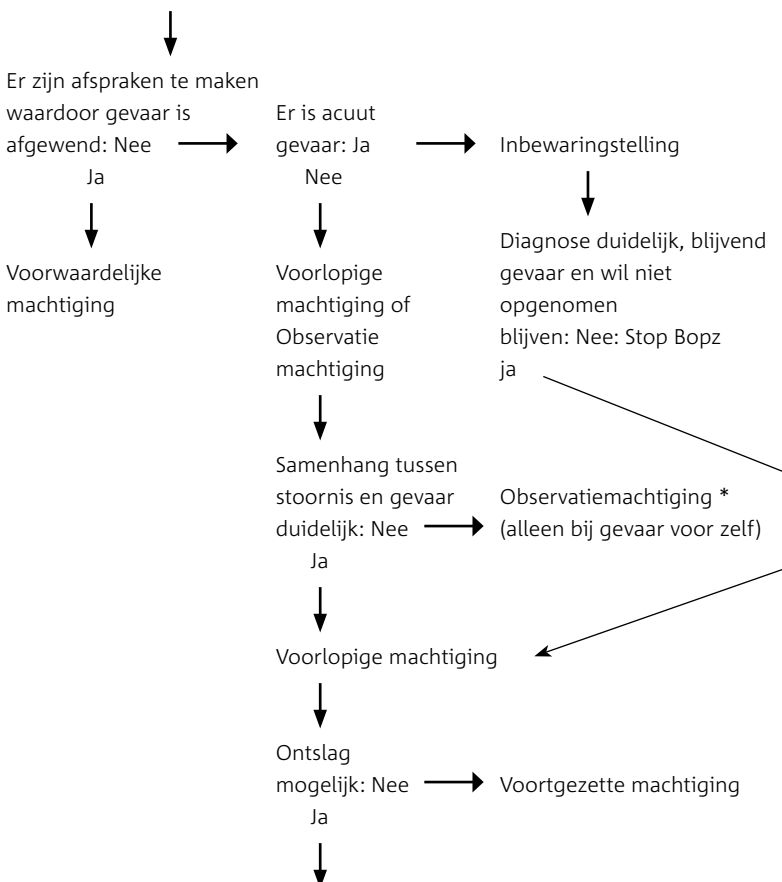
Dit alles kan worden gevisualiseerd in twee schema's (figuur 6.1).

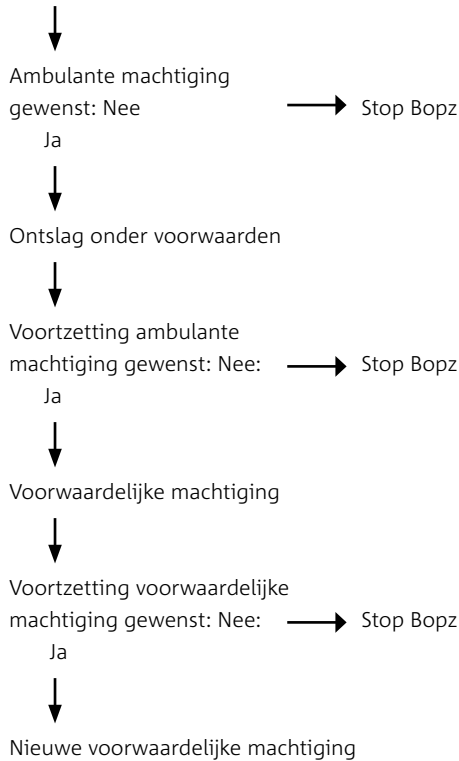
Figuur 6.1 Schema's zelfbindingsverklaring en zelfbindingsmachtiging

Situatie 1. Patiënt is ambulante, heeft een psychiatrische stoornis en er dreigt mogelijk gevaar. De patiënt wil zelf een verklaring of een machtiging om te voorkomen dat er gevaar ontstaat



Situatie 2. Patiënt is ambulante, heeft (mogelijk) een psychiatrische stoornis en hierdoor is er (dreigend) gevaar. De patiënt is niet, of alleen onder voorwaarden, bereid mee te werken. Er zijn geen alternatieve mogelijkheden om (de dreiging van) het gevaar weg te nemen.





* Op grond van een recente uitspraak van de Hoge Raad kan een Observatie Machtiging niet meer worden afgegeven op grond van het ernstig vermoeden van een stoornis. De psychiater zal dienen te verklaren dat een stoornis aanwezig is die nader onderzoek behoeft.

3 Het gedwongen vervoer

Wanneer een patiënt met een RM of lastgeving tot IBS buiten het ziekenhuis verblijft en daar tegen diens wil heen moet worden getransporteerd, kan de politie daarbij ingeschakeld worden. Meestal zal gekozen worden voor veilig vervoer per ambulance, waarmee altijd deskundige bijstand aanwezig is. De burgemeester en het Openbaar Ministerie zijn verantwoordelijk voor het tenuitvoerleggen van de betreffende maatregelen die zij kunnen opdragen aan de politie, die zich vervolgens laat bijstaan door ambulancepersoneel. (zie artikel 20.4 en artikel 66 lid 2, Wet Bopz en de TK stukken: TK 1990/1991 nr. 21239, nr. 6, MvA, p.18). Voor gedwongen ambulancevervoer zal de ambulancevervoerder een geldig afschrift van een lastgeving tot IBS of RM ter inzage vragen.

Het recht om behandeling te weigeren is vastgelegd in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Binnen de WGBO is er een uitzondering op dat zelfbeschikkingsrecht indien de patiënt wilsonbekwaam is en zich verzet tegen een behandeling die nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Dat biedt bijvoorbeeld de mogelijkheid om, ook bij verzet, bij een levensbedreigende situatie na een suïcidepoging de patiënt te vervoeren en direct te behandelen. In zijn advies inzake het vervoer van patiënten aan de Amsterdamse partijen betrokken bij crisisopvang in de ggz, heeft prof.dr. J. Legemaate het volgende opgemerkt:

‘Indien een psychiater van oordeel is dat een patiënt voldoet aan de criteria voor een lastgeving tot IBS (waaronder acuut gevaar), de procedure tot verkrijging van een lastgeving tot IBS daadwerkelijk is gestart en de daartoe benodigde stappen zo snel mogelijk worden gezet, kan in de periode tussen het aanvragen en het verkrijgen van de lastgeving tot IBS op grond van noodtoestand buitenwettelijke dwang worden toegepast. Deze buitenwettelijke dwang behoort te voldoen aan de algemeen geldende juridische vereisten van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.’ (Legemaate, 2001)

Over het vervoer van een politiebureau naar een crisiscentrum merkt hij op:

‘Treffen zij [bedoeld wordt: politie] echter een crisis aan die het ernstige vermoeden van een IBS situatie oplevert, dan kan [...] worden verdedigd dat de noodtoestand als het ware een kleine schaduw vooruitwerpt en dat er ruimte is betrokkene tegen zijn wil naar een ander locatie te brengen [...]. Bij voorkeur moet betrokkene worden gebracht naar die plaats waar de expertise aanwezig is om te beoordelen of er werkelijk sprake is van een crisis als bedoeld in artikel 20 Wet Bopz.’ (Legemaate, 2001)

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft zich destijds aangesloten bij dit advies. De Derde evaluatiecommissie heeft de aanbeveling gedaan de wettelijke regeling uit te breiden met een regeling voor gedwongen vervoer en gedwongen verblijf voorafgaand aan de afgifte van een lastgeving tot IBS.

Conclusie 15

Enerzijds ontbreekt er weliswaar een wettelijke regeling voor het onvrijwillige vervoer van patiënten die formeel nog niet onder de Wet Bopz zijn gebracht, maar anderzijds zijn er voldoende mogelijkheden om hangende een nog te ontwerpen regeling ter zake, dit nu al te realiseren.

Aanbeveling 12

Vanwege het nog ontbreken van een expliciete wettelijke regeling voor het onvrijwillige vervoer van patiënten die formeel nog niet onder de Wet Bopz gebracht zijn, is het noodzakelijk om op lokaal niveau met betrokkenen een convenant af te sluiten binnen de nu al bestaande wettelijke mogelijkheden, om nodeloze onzekerheid in de uitvoering te voorkomen.

Hoofdstuk 7

Het opstellen van de geneeskundige verklaring

De volgende vragen worden in dit hoofdstuk behandeld.

- 1 Welke psychiater kan formeel een geneeskundige verklaring afgeven? (Zie paragraaf 1.)
- 2 In welke gevallen mag de geneeskundige verklaring door een niet-psychiater worden afgegeven? (Zie paragraaf 1.)
- 3 Aan welke eisen moet een geneeskundige verklaring voor het aanvragen van een maatregel voldoen? (Zie paragraaf 2.)

Het onderzoek van de beoordelend psychiater zal niet veel verschillen van het onderzoek van de behandelend psychiater dat in hoofdstuk 5 en 6 is besproken. Vooral inhoudelijk zijn er in de stoornis, het gevaar, de causaliteit, de bereidwilligheid en de afweging van alternatieven weinig verschillen. Het is wel van belang een onderscheid te maken tussen het onderzoek dat plaatsvindt in een crisissituatie waarin het aanvragen van een lastgeving tot IBS aan de orde is, en een situatie waarin het gevaar een meer chronisch karakter heeft en het meestal gaat om het aanvragen van een RM. Ook kan qua aan te vragen maatregel nog een onderscheid gemaakt worden tussen ambulante of klinische toelating en/of dwang.

De toeleiding naar het onderzoek van de beoordelend psychiater en het uiteindelijk opstellen van een geneeskundige verklaring kan op verschillende manieren gebeuren. Enerzijds kan dit door de behandelend psychiater geïnitieerd worden, wat zowel in een crisissituatie als in een chronisch *danger-setting*-situatie kan geschieden. Ook kan de verwijzing komen via een andere persoon of instantie, bijvoorbeeld de familie, de huisarts of de politie. De situatie waarin de te beoordelen patiënt zich bevindt, zal invloed hebben op de wijze waarop de beoordeling plaatsvindt en de mogelijkheden om de beoordeling op een goed onderbouwde manier tot stand te brengen. Men denke bijvoorbeeld aan een lastgeving tot IBS-beoordeling in een politiebureau waarin de mogelijkheden niet optimaal zijn om alle gegevens te verkrijgen voor een goede risico-inschatting.

1 Opstellen van de geneeskundige verklaring

In de Wet Bopz wordt in een aantal artikelen aandacht besteed aan de geneeskundige verklaring (zie ook Van Boven, 2003). De volgende punten zijn daarbij van belang. Het invullen van de geneeskundige verklaring wordt gedaan nadat er een psychiatrisch onderzoek heeft plaatsgevonden. In onder andere artikel 5 staat vermeld dat er ter verkrijging van een machtiging een verklaring nodig is van de psychiater die betrokkene heeft onderzocht. Deze psychiater moet onafhankelijk zijn en mag niet bij de behandeling betrokken zijn, in ieder geval niet in het afgelopen jaar. Het tijdselement speelt een belangrijke rol: het behandelcontact moet dus langer dan één jaar oud zijn en er moeten geen omstandigheden zijn gebleken waaruit kan worden afgeleid dat de psychiater op enigerlei andere wijze bemoeienis heeft gehad gedurende die periode, om te kunnen stellen dat de psychiater als onafhankelijk deskundige beschouwd kan worden (HR 8 mei 1998, *BJ* 1998, 26). Eerdere jurisprudentie geeft aan dat een contact van vijf maanden geleden werd geaccepteerd (HR 17 oktober 1997, *NJ* 1998, 816; Keurentjes, 2005). Over de behandelend psychiater van familieleden geeft de jurisprudentie aan dat een contact met een familielid plaats kan hebben gehad zonder dat de psychiater daarmee gerekend werd tot bij behandeling betrokken van deze patiënt.

Soms is het de geneesheer-directeur die de verklaring moet opstellen, bijvoorbeeld bij in de kliniek verblijvende vrijwillige patiënten (artikel 5 lid 1). In artikel 21 wordt over de geneeskundige verklaring ten behoeve van een lastgeving tot IBS alleen een voorkeur uitgesproken voor een niet-behandelend psychiater. Dat betekent dat indien er sterke argumenten zijn die daarvoor pleiten, ook de behandelend psychiater een verklaring mag opstellen. De formulering tendeert er echter naar, dit als een uitzonderlijke situatie te beschouwen waarvoor de argumenten wel de toets der (juridische) kritiek moeten kunnen doorstaan. Een geneeskundige verklaring is nodig bij alle machtigingen (lastgeving tot IBS, voorwaardelijke machtiging, voorlopige machtiging, enzovoort). Bij sommige machtigingen dienen documenten gevoegd te worden, bijvoorbeeld een overzicht van de wettelijke maandelijkse aantekeningen (machtiging voortgezet verblijf) of een behandelplan (voorwaardelijke machtiging).

De geneeskundige verklaring dient de actuele toestand van de patiënt te beschrijven. Dat betekent dat het onderzoek kort van tevoren verricht moet zijn. Tot 2000 lag er de eis dat de verklaring binnen vijf werkdagen na het onderzoek afgegeven diende te worden. Nu gaat het dus om de actuele situatie, wat op zich niet veel verschil maakt. Ook voorafgaande aan de zitting van de rechtbank is het goede praktijk dat de onderzoeker zich op de hoogte stelt van de actuele situatie: er kunnen zich immers in de tussentijd veranderingen hebben voorgedaan, bijvoorbeeld doordat een patiënt

inmiddels medicatie neemt en er vermindering van klachten en/of symptomen is opgetreden. Het is in beginsel noodzakelijk dat de onderzoeker de patiënt in een direct contact spreekt en onderzoekt. Wanneer iemand zijn medewerking weigert, kan een onderzoeker alsnog op basis van dossiergegevens, observaties en/of verklaringen van anderen (bijvoorbeeld familie, burens, behandelaars) toch een geneeskundige verklaring opstellen (HR 6 november 1998: *kBJ* 1998).

De verklaring moet opgemaakt zijn door een psychiater en het daaraan ten grondslag liggende onderzoek moet door hem verricht zijn. Het Europese Hof heeft in 2000 bepaald in het Varbanov-arrest dat een dergelijke vrijheidsbenemende ingreep slechts na een onderzoek van een specialist (*medical expert*) mogelijk is (EVRM 5 oktober 2000, *BJ* 2001, 36; Dijkers, 2003). Wel is het mogelijk om een arts-assistent bij het onderzoek te betrekken, maar het onderzoek mag niet aan een arts-assistent worden overgelaten. De Hoge Raad heeft zich hier in 2003 over uitgesproken (HR 21 februari 2003, *BJ* 2003, 20). In principe geldt dit ook voor verklaringen ten behoeve van de aanvraag van een lastgeving tot inbewaringstelling, waarbij arts-assistenten vaak belast worden met het doen van het onderzoek en het schrijven van de verklaring. Artikel 21 van de Wet Bopz biedt die ruimte wel, zij het alleen als het 'niet mogelijk' blijkt dit door een psychiater te laten doen.

De Wet Bopz lijkt dus iets meer mogelijkheden te bieden dan de opvatting van het Europese Hof, al kan men zich ook bij artikel 21 van deze wet afvragen of de daarin gebruikte formulering zich wel verdraagt met een organisatie van de zorg waarin arts-assistenten structureel belast worden met de genoemde procedures. Als voorlopige noodoplossing, die voor het Europese Hof aanvaardbaar is, is een uitweg gevonden die erin bestaat dat zo snel mogelijk na de spoedopname een psychiater van het ziekenhuis de patiënt onderzoekt en beoordeelt of de maatregel voldoende onderbouwd is. Dit moet dan wel plaatsvinden voor hij eventueel behandelaar van de betreffende patiënt geworden is (*BJ* 2002, 29; *BJ* 2003, 20, zie 'Lijst jurisprudentie' achterin dit boek, onder 'Bopz Jurisprudentie').

Hoe het ook zij, het is duidelijk dat het maken van een geneeskundige verklaring door een arts-assistent in het geval van de aanvraag van een lastgeving tot IBS ingebed moet zijn in een aantal procedures die de kwaliteit van de argumenten voor deze vrijheidsberoving borgen. Dit is gebaseerd op artikel 21 eerste lid en de betreffende artikelen (artikel 5, 16) van de Wet Bopz, het Varbanov-arrest van het Europese Hof en op de eisen die men uit professioneel en kwalitatief oogpunt aan een dergelijke activiteit mag stellen.

Conclusie 16

De regel is dat in alle gevallen een niet bij de behandeling betrokken psychiater de geneeskundige verklaring opstelt. Alleen bij de spoedeisende procedure van de aanvraag van de lastgeving tot een IBS is er, mits goed beargumenteerd, enige ruimte dit over te laten aan de behandelend psychiater.

De ruimte die de Wet Bopz laat om een geneeskundige verklaring voor de aanvraag van een lastgeving tot een IBS ook door een arts, niet-psychiater zijnde, te laten opstellen, mag uitsluitend benut worden indien het onmogelijk is dit door een psychiater te laten doen. Deze procedure staat op gespannen voet met de opvattingen van het Europese Hof.

Aanbeveling 13

In gevallen waarbij in een spoedeisende situatie een geneeskundige verklaring voor een aanvraag tot lastgeving van een inbewaringstelling is afgegeven door een arts-assistent werkzaam in de psychiatrie, of een behandelend psychiater, dient de patiënt zo spoedig mogelijk na opname door een niet bij de behandeling betrokken psychiater onderzocht te worden teneinde de kwaliteit van de afgegeven verklaring te toetsen. Het is raadzaam om hierover lokale afspraken te maken met de rechtbank.

2 Wat moet er nu precies in de verklaring staan?

De geneeskundige verklaring moet goed worden gemotiveerd ('met redenen omkleed'): dat betekent dat de informatie die in de verklaring wordt opgeschreven een zo volledig mogelijk beeld moet geven van de patiënt. Er zal zo concreet mogelijke informatie gegeven moeten worden over de in de verklaring gestelde vragen over de stoornis, het gevaar, de causaliteit, de (on)bereidwilligheid en de geprobeerde alternatieven. Het formulier dient zo volledig mogelijk te worden gebruikt en de commissie is van mening dat, indien er onvoldoende ruimte beschikbaar is in het formulier van de geneeskundige verklaring, in een bijlage aanvullende informatie meegestuurd kan worden. Daarnaast meent de commissie dat er ook ruimte moet zijn om onzekerheden of twijfels aan te geven over diagnostiek, gevaar en causaliteit (zie ook hoofdstuk 4, paragraaf 1.3 en aanbeveling 3). In aanvulling op de aandachtspunten in de modelformulieren geneeskundige verklaring adviseert de commissie tevens in het formulier (bijvoorbeeld onder 'overige opmerkingen') feitelijke informatie te verstrekken over de wilsbekwaamheid van de patiënt, de te verwachte doelmatigheid en daarmee samenhangende proportionaliteit van de maatregel.

In het modelformulier van de geneeskundige verklaring kan men de relevante informatie kwijt, echter uit een onderzoek naar verklaringen over inbewaringstellingen bleek dat deze informatie niet altijd even helder was en dat het formulier ook wel tekortschoot, bijvoorbeeld om het causaal verband helder en duidelijk te beschrijven (Hanssen & Janssen, 1999). De onderzochte verklaringen bleken volgens dit onderzoek weinig inzicht te bieden in de redenen die in de praktijk aanleiding zijn tot een lastgeving tot inbewaringstelling en als vrij summier en soms als vaag beoordeeld te worden daar waar het vooral (de ernst van) het gevaar en de (symptomen van de) stoornis betroffen (bewijskracht 4). In algemene zin kan gesteld worden dat een geneeskundige verklaring (of rapport) moet voldoen aan een aantal voorwaarden (KNMG, Werkgroep medisch specialistische rapportage, 2007):

- deskundigheid: de psychiater doet uitspraken op grond van zijn kennis van de actuele stand van de medische wetenschap en op grond van de in zijn vakgebied algemeen aanvaarde inzichten en opvattingen;
- zorgvuldigheid;
- intersubjectieve toetsbaarheid: er worden geen constateringingen gedaan die niet replicerbaar en niet falsificeerbaar zijn;
- consistentie: de gegeven informatie (gerapporteerde feiten, constateringingen en overwegingen) in de verklaring moet op een logische wijze voeren tot conclusies; er mag geen relevante informatie ontbreken en de conclusies moeten niet op onvolledige gegevens of onjuiste feiten of veronderstellingen zijn gebaseerd;
- begrijpelijkheid: de verklaring moet in een voor leken (niet-medici) begrijpelijke taal opgesteld te zijn; medisch jargon dient zo veel mogelijk vermeden te worden.

Ook moet de geneeskundige verklaring voldoen aan de eis van de leesbaarheid.

2.1 De stoornis

Er zal zo concreet mogelijk aangegeven moeten worden welke relevante klachten, gedragingen en symptomen worden waargenomen in het onderzoek, waar deze informatie vandaan komt (anamnese, heteroanamnese, dossier, andere bronnen, zoals politiemutaties) en welke conclusie over de diagnose kan worden getrokken. Bijvoorbeeld dat de onderzochte patiënt meldt, zich achtervolgd en bedreigd te voelen door zijn buurman, of dat de onderzochte een nauwelijks coherent verhaal kan vertellen, waarbij hij van de hak op de tak springt en verhaal doet van zijn woning die van hem afgepakt wordt omdat deze dreigt te verbrekken. In een verklaring ten behoeve van een lastgeving tot IBS dient er een vermoeden te zijn van een stoornis en kan volstaan worden met een voorlopige diagnose. Bij een verklaring ten behoeve van een voorlopige machtiging, een voorwaardelijke

machtiging, een machtiging op eigen verzoek en een machtiging voortgezet verblijf zal een meer definitieve diagnose gesteld moeten worden. Geadviseerd wordt om, conform de richtlijn psychiatrisch onderzoek NVvP bij diagnose een zogeheten structuurdiagnose of diagnostische formulering te gebruiken, waarbij naast de aard, het ontstaan en het beloop van het toestandbeeld ook de belangrijkste uitlokkende, onderhoudende en predisponerende factoren worden vermeld. Een DSM-IV-TR-classificatie dient te worden ingevuld, iets wat op het formulier staat aangegeven.

2.2 Het gevaar

De informatie over het gevaar dient zo concreet en helder mogelijk in de verklaring opgeschreven te worden. Het betreffen gedragingen en feiten die een indicatie vormen voor het (te verwachten) gevaar. Daarbij kan het ook gaan om risicofactoren op het vlak van de psychopathologie, bijvoorbeeld een psychotische depressie met paniekaanvallen en wanhoop. Ook moet helder zijn waar deze informatie vandaan komt (anamnese, heteroanamnese, dossier, andere bronnen, zoals politiemutaties). In het formulier staat een lijst met verschillende vormen van gevaar waarvan de belangrijkste aangekruist moet worden. Het gaat niet alleen om feitelijk gevaarlijk gedrag: ook serieuze plannen en dreiging, evenals feiten die zich in het verleden hebben voorgedaan kunnen een aanwijzing vormen voor wat er aan gevaar mag worden verwacht. Bijvoorbeeld het bedreigen van een buurman door deze uit te schelden en te bedreigen met een balpen; zwerven, geen uitkering meer hebben, vervuild zijn, in lompen lopen, zich voeden uit vuilnisbakken en geen contact meer hebben met familie en bekenden.

2.3 Causaal verband

Het gedrag dient overheersend bepaald te worden door de gevonden stoornis: er moet een causaal verband zijn tussen de stoornis en het gevaarlijke gedrag. Dat betekent dat het situaties betreft waarin de stoornis zo ingrijpend is dat de onderzochte het veroorzaakte gevaar niet kan worden toegerekend. In het formulier van de geneeskundige verklaring wordt in de vraagstelling impliciet uitgegaan van het causale verband: er wordt geen expliciete vraag over gesteld. Het staat echter de beoordelaar vrij iets te melden over het verband indien dit relevant is voor de zaak. In de verklaring moet duidelijk worden hoe de stoornis doorwerkt in het gevaarzettend gedrag en vooral dat de stoornis in hoge mate hierin doorwerkt. Bijvoorbeeld: de onderzochte moet zo in beslag genomen zijn door zijn wantrouwen tegenover zijn buurman en zich zo bedreigd hebben gevoeld, dat hij bijna niet anders had kunnen doen dan deze verbaal (en fysiek) te bedreigen.

2.4 Bereidheid

Er wordt in het formulier een vraag gesteld over de afwezigheid van de bereidheid van onderzochte, door een vakje aan te vinken waarin dat gemeld staat. Nadere invulling hiervan is niet mogelijk, of zou gedaan moeten worden in de laatste vraag van het formulier, waarin gevraagd wordt welke mededelingen en wenken nog van belang zijn. Hiervan kan gebruikge- maakt worden wanneer er onzekerheden en twijfels zijn over de bereidheid of het ontbreken ervan.

2.5 Alternatieven

Er zal zo concreet mogelijk aangegeven moeten worden welke alternatieven ten opzichte van een gedwongen opname overwogen en/of geprobeerd zijn en waarom deze niet werken, of zouden kunnen werken, om het ge- vaar af te wenden. In de verklaring staat een gelimiteerde lijst van alterna- tieven genoemd en de belangrijkste zal moeten worden aangegeven.

2.6 Aanvullende informatie

Naast de informatie die middels de geneeskundige verklaring beschikbaar komt aan de rechtbank, wordt het door veel rechtbanken op prijs gesteld om aanvullende informatie over de betrokken patiënt te krijgen. Gedacht kan worden aan de brief van de behandelaar waarin de aanvraag voor de beoordeling is gedaan, ontslagbrieven en dergelijke. Aanvullende infor- matie is van belang ook om vast te stellen hoe de behandelbaarheid is van betrokkene, wat de effectiviteit is van eerdere behandelingen, ofwel welke behandeling gewerkt heeft en welke niet. Op dezelfde wijze kunnen ook proportionaliteit en subsidiariteit besproken worden. Een en ander werd reeds globaal gesteld in conclusie 1 en 2.

Aanbeveling 14

Stel de geneeskundige verklaring goed gemotiveerd op. Dat wil zeggen: geef een volledig en concreet beeld van de patiënt door middel van een diagnostische formulering; beperk u niet tot een DSM-classificatie. Benoem overwegingen, onzekerheden en twijfels over diagnostiek, gevaar en causaliteit, maar laat geen onnodige twijfel bestaan over het feit dat er een stoornis is. Besteed extra aandacht aan het beschrijven van het causale verband tussen stoornis en gevaar. Beschrijf ook de ernstige risico's voor de geestelijke gezondheid van de patiënt en de mate waarin de patiënt zich bewust is van risico's, gevaren en de samenhang met de stoornis. Wees niet terughoudend met informatie, beargumenteer zo nodig veronderstelde doelmatigheid en proportionaliteit van de maatregel, voeg eventueel een bijlage toe.

Zorg ervoor dat de geneeskundige verklaring voldoet aan de eisen die men in algemene zin mag stellen aan de medische rapportage zoals vastgesteld door de KNMG (2007). Het is niet nodig zich te laten beperken door de rubrieken en de lay-out van de officiële voorgedrukte formulieren.

Hoofdstuk 8

Bij de rechter en de klachtencommissie

De volgende vragen worden in dit hoofdstuk behandeld.

- 1 Welke discipline draagt in de ggz de verantwoordelijkheid voor de behandeling van de patiënt met een maatregel in het kader van de Wet Bopz, zowel op het niveau van de behandelaar als van de geneesheer-directeur? (Zie paragraaf 1.)
- 2 Wie dienen bij de zitting, waarop de rechter oordeelt over een aangevraagde maatregel, aanwezig te zijn? (Zie paragraaf 2.)
- 3 Welke rol, handelwijze en attitude zijn vereist van de psychiater tegen wie een klacht als bedoeld in artikel 41 van de Wet Bopz is ingediend? (Zie paragraaf 3.)

In dit hoofdstuk worden de situaties besproken waarin de psychiater bij de besluitvorming over dwangtoepassing met de rechter of de klachtencommissie in aanraking kan komen. In de eerste plaats betreft het dan de besluitvorming over het verzoek tot een dwangopname of een andere Wet Bopz-maatregel van de officier van justitie aan de rechter. Die vindt plaats op een zitting van de rechtbank, waarbij de psychiater in enigerlei rol ook aanwezig is. In de tweede plaats kan het zijn dat de psychiater als toepasser van dwangbehandeling ter verantwoording geroepen wordt. Dat kan dan in de rol van ‘voor de behandeling verantwoordelijk persoon’ of als geneesheer-directeur. Het gaat daarbij om uiteenlopende rollen. In het kader van de Wet Bopz is dat ingewikkeld geregeld. Dat hangt direct samen met het feit dat de externe en de interne rechtspositie van de patiënt door de Wet Bopz totaal verschillend geregeld zijn. In hoofdstuk 9 (paragraaf 1) worden de gevolgen daarvan voor de psychiater als beoordelaar respectievelijk behandelaar uitvoeriger uiteengezet. Hier zullen wij ons beperken tot het bespreken van de rollen en verantwoordelijkheden vanuit juridisch standpunt. In de Wet Bopz worden verantwoordelijkheden en taken toebedeeld aan verschillende actoren behorend tot de organisatie van het psychiatrische ziekenhuis:

- het bestuur;
- de geneesheer-directeur;
- de beoordelend en verklarend psychiater;
- de voor de behandeling verantwoordelijke persoon (art.38 lid 1); voor de behandeling van een patiënt met een voorwaardelijke machtiging vereist de Wet Bopz dat deze persoon een psychiater is (artikel 14 a lid 5);

- de klachtencommissie belast met behandeling van klachten als bedoeld in artikel 41.

De psychiater kan optreden in drie rollen (zie paragraaf 1):

- de beoordelend en verklarend psychiater;
- de behandelend psychiater;
- de psychiater als geneesheer-directeur.

In deze rollen kan hij voor de rechter komen als deskundige, getuige, supervisor en dergelijke (paragraaf 2). Hij kan ook worden aangeklaagd, en als zodanig in eerste instantie voor de klachtencommissie gedaagd worden en mogelijk in tweede instantie voor de rechter (paragraaf 3).

1 De psychiater in drie rollen

1.1 De beoordelend en verklarend psychiater

Sinds de invoering van nieuwe geneeskundige verklaringen na de wetswijzigingen van 2000 (wet van 22 juni 2000, Stb. 292) wordt bij het onderzoeken van patiënten gesproken van een niet bij de behandeling betrokken psychiater. Dit is de term die in verschillende artikelen van de Wet Bopz wordt gebruikt om aan te duiden welke psychiater de beoordeling moet doen voor een geneeskundige verklaring. Deze term wordt gehanteerd in artikel 5, 14, 16, en 34a. In artikel 21 wordt gebruikt de term 'bij voorkeur niet-behandelend'. De verklarend psychiater, die tevens behandelaar is, moet goede redenen hebben waarom hij de verklaring opstelde, en niet een andere psychiater die niet bij de behandeling betrokken is. Soms moet de geneesheer-directeur deze verklaring geven; in het geval dat de geneesheer-directeur bij de behandeling betrokken was, zal hij de verklaring moeten laten opstellen door een andere, niet bij de behandeling betrokken psychiater. Als de wet de term psychiater hanteert, wordt daaronder verstaan de specialist die is ingeschreven in het specialistenregister.

1.1.1 *Wat geldt als niet bij de behandeling betrokken?*

Voor het antwoord op deze vraag wordt verwezen naar hoofdstuk 7, paragraaf 1, waarin deze zelfde kwestie al besproken is.

1.2 Behandelend psychiater

Met deze paragraaf preluderen wij op de problematiek die in hoofdstuk 9, paragraaf 1 uitvoeriger aan bod komt. De behandelend psychiater wordt in de Wet Bopz alleen genoemd in hoofdstuk II, en wel in artikel 14a lid 5 (voorwaardelijke machtiging). In artikel 32 wordt de term psychiater genoemd, verbonden aan het ziekenhuis waar betrokkene wenst te worden opgenomen; tezamen met de patiënt heeft deze psychiater een behande-

lingsplan opgesteld. De hier bedoelde psychiater is dus de behandelend psychiater van de betrokkene. In artikel 34b stelt de psychiater, verbonden aan de instelling waar betrokkene dient te worden opgenomen, wanneer bepaalde omstandigheden zich voordoen, tezamen met betrokkene een zelfbindingsverklaring op: de hier bedoelde psychiater is de behandelend psychiater van de betrokkene. Verder spreekt de Wet Bopz in de hoofdstukken III en IV van 'de voor de behandeling verantwoordelijke persoon'. Een dergelijke persoon zal in de ggz veelal een psychiater zijn, maar vaak ook een verpleegkundige, een psycholoog of een arts-assistent. Een arts-assistent kan geen geneeskundige verklaringen afgeven onder zijn naam, behalve in uitzonderlijke situaties bij de aanvraag van een lastgeving tot inbewaringstelling (zie hoofdstuk 7, paragraaf 1). Wel kan hij de behandelaar zijn indien de instelling hem deze verantwoordelijkheid heeft toevertrouwd op basis van zijn vastgestelde bekwaamheid.

De commissie vindt, dat er door de formuleringen in artikel 38 lid 2 onduidelijkheid geschapen kan worden over kwesties als wie de verantwoordelijkheid draagt voor het besluit tot dwangbehandeling en andere vormen van dwang gedurende het verblijf in een intramurale setting. Uiteindelijk is natuurlijk op grond van de formulering in artikel 1 lid 2 van de Wet Bopz de geneesheer-directeur verantwoordelijk. Maar de commissie acht het ook van belang te stellen, dat de directe verantwoordelijkheid voor de besluitvorming van dwangtoepassing bij de patiëntengroep die in deze richtlijn bedoeld wordt in handen van een psychiater moet liggen. De argumenten daarvoor zijn de volgende.

- De diagnostiek die de basis moet vormen voor de toepassing van dwang in welke vorm dan ook, vereist een deskundigheid die tot de exclusieve competentie van de psychiater behoort.
- De toe te passen maatregelen bestaan voor een belangrijk gedeelte uit interventies die tot de exclusieve competentie van de psychiater behoren.
- Het is in overeenstemming met de aanbevelingen van de Raad van Europa, getuige een citaat van Legemaate, Frederiks en De Roode (2007), die in een bespreking van aanbeveling 10 van de Raad van Europa uit 2004 schrijven: 'Vindt dwangbehandeling plaats tijdens dwangopname, dan mag een arts beslissen, mits hij althans beschikt over de vereiste deskundigheid en ervaring, hij de betrokkene persoonlijk heeft onderzocht en diens mening uitdrukkelijk in ogenschouw neemt.'
- Uit de jurisprudentie blijkt dat volgens de rechtbank Dordrecht de toepassing van vrijheidsbenemende maatregelen ex artikel 38 Wet Bopz is voorbehouden aan een psychiater dan wel (bij een bekende patiënt) een arts (Rechtbank Dordrecht, 10 november 2004).

De psychiater kan zijn rol als verantwoordelijk behandelaar realiseren door persoonlijk als behandelaar op te treden, maar ook in de rol van supervisor,

desnoods alleen inzake toepassing van dwang. Deze supervisie moet dan wel zo vorm worden gegeven, dat hij deze verantwoordelijkheid geloofwaardig kan dragen. De commissie realiseert zich dat een psychiater in opleiding (bijvoorbeeld in het laatste jaar van zijn opleiding) of soms ook een zeer ervaren arts die reeds lang in de psychiatrie werkzaam is, bekwaam kunnen zijn om deze beslissingen (tot toepassing van dwang) te nemen. Zij kan zich voorstellen dat vanuit GGZ Nederland en de NVvP een traject gestart wordt met bij- en nascholing leidend tot een specifieke aantekening die deze betrokkenen ook bevoegd maakt tot deze beslissingen.

1.3 De geneesheer-directeur

Onder geneesheer-directeur wordt mede verstaan de arts die, 'hoewel geen directeursfunctie bekleedende, belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het psychiatrische ziekenhuis' (artikel 1 lid 3 Wet Bopz). De Wet Bopz rekent ook instellingen voor verstandelijk gehandicapten en verpleeginrichtingen tot psychiatrisch ziekenhuis; daarom is gekozen voor de term 'arts'. In de psychiatrische ziekenhuizen in engere zin zal de geneesheer-directeur psychiater zijn. De commissie acht het noodzakelijk dit alsnog duidelijk te onderstrepen. Het gaat hier om een opvatting uit de gangbare praktijk (*good clinical practice*).

Conclusie 17

Op grond van inhoudelijke overwegingen, de beschikbare jurisprudentie en de opvattingen van de Raad van Europa moet de in de Wet Bopz genoemde 'voor de behandeling verantwoordelijke persoon' voor de besluitvorming over dwangtoepassing een psychiater zijn, of onder directe supervisie van een psychiater werken die op dit punt uiteindelijk ook de verantwoordelijkheid draagt. Op grond van dezelfde kwaliteitsoverwegingen dient de geneesheer-directeur in de ggz, zoals omschreven in de Wet Bopz, een psychiater te zijn.

Aanbeveling 15

De directe verantwoordelijkheid voor de beslissing tot toepassing van dwang bij opgenomen patiënten dient in handen te zijn van een psychiater.

2 De psychiater voor de rechter

De psychiater of de geneesheer-directeur zal het meeste voor de rechter verschijnen als beoordelaar: hij kan worden gevraagd de rechter voor te lichten (artikel 8 lid 4 sub g). De officier van justitie heeft het verzoek (de

term voorheen was duidelijker: de vordering) tot verlenen van een machtiging ingediend bij de rechter. Hij of zij wordt geacht aanwezig te zijn als procespartij. Zijn voornaamste functie is die van initiator van vrijheidsbeneming. Dit is bij uitstek een overheidsaangelegenheid die dan ook door het openbaar bestuur wordt uitgeoefend. Als behandelend psychiater kan de psychiater worden opgeroepen als getuige-deskundige de rechter voor te lichten (artikel 8 lid 6). Het kan per situatie verschillen in welke rol de psychiater bij de rechtszitting waarin over de toepassing van een maatregel in het kader van de Wet Bopz beslist wordt, het beste aanwezig kan zijn. Idealiter wordt dat van tevoren overlegd. Het leidende principe is uiteraard dat degene die het beste geïnformeerd is, aanwezig is. In ieder geval is het belangrijk dat de officier van justitie, die tenslotte officieel de initiator van het gebeuren is, aanwezig is. Helaas is dit een zeldzaamheid, die de kwaliteit van de rechtsgang niet ten goede komt.

Aanbeveling 16

Spreek per rechtszitting af wie aanwezig is. In principe dient de behandelend psychiater of diens vervanger aanwezig te zijn, omdat deze het beste op de hoogte is van de ziektegeschiedenis van de patiënt. Degene die aanwezig is, dient de inhoud van de verklaring te kennen en deze toe te lichten. In voorkomende gevallen kan ook de beoordelaar opgeroepen worden. Dring erop aan dat de officier van justitie aanwezig is, vooral bij moeilijke zaken waarin ook, bij voorkeur tevoren, met de officier van justitie is overlegd.

3 De aangeklaagde psychiater

Wanneer een klacht als bedoeld in artikel 41 tegen een psychiater is ingediend, verschijnt de psychiater als aangeklaagde in principe altijd zelf voor de klachtencommissie. Wanneer de klachtencommissie van oordeel is dat de klacht niet gegrond is, of indien de commissie geen tijdig oordeel heeft gegeven, kan de klager naar de rechter stappen om diens oordeel te vernemen. De aangeklaagde psychiater zal dan voor de rechter verschijnen. Wanneer de patiënt door de klachtencommissie in het gelijk wordt gesteld en geen reden ziet om naar de rechter te gaan, houdt de procedure hier op. De aangeklaagde (psychiater of instelling) heeft nadrukkelijk geen eigen beroepsmogelijkheid bij de rechter in de procedure zoals bedoeld in artikel 41. Het is belangrijk de behandeling van de klacht zo zorgvuldig mogelijk voor te bereiden en serieus in te gaan op elke (vermeende) klacht. De klager dient met respect behandeld te worden. De meningen zijn verdeeld over wat wel en wat niet ter zitting ingebracht kan worden. De commissie acht de meest veilige variant aanbevolen: vraag toestemming aan de

klager om bepaalde delen uit het dossier in te brengen en toe te lichten op de zitting. Indien hierdoor een conflict van plichten ontstaat, licht dan toe waarom hiervan afgeweken is.

Goede dossiervoering en relevante aantekeningen over eigen verrichtingen, informatie en afwegingen om tot een bepaalde behandeling te komen, zijn ook voor mogelijke klachten essentieel (hoofddoel van dossiervoering: continuïteit van goede en veilige zorg). De klager dient tevoren gewezen te worden op de mogelijkheid om eerst met de eigen behandelaar en vervolgens in de lijn tot aan de geneesheer-directeur de klacht te bespreken. De commissie beveelt aan ter zitting juridische ondersteuning (eigen advocaat, jurist van de instelling) mee te nemen. Implicaties van schending van de zwijgplicht (7:457 WGB0) en van verklaringen waarin de eigen deskundigheid niet voorziet, moet men vooraf grondig doornemen.

Aanbeveling 17

Bereid de behandeling van de klacht zorgvuldig voor en ga serieus in op elke (vermeende) klacht. Bied steeds een gesprek aan met leidinggevende in de instelling. Let op wat wel en wat niet ter zitting gesteld of ingebracht mag worden, in het kader van de zwijgplicht (7:457 WGB0). Organiseer eigen juridische ondersteuning (eigen advocaat, jurist van de instelling) ter zitting.

Neem vooraf implicaties van schending van de zwijgplicht, verklaringen waarin de eigen deskundigheid niet voorziet, grondig door. Indien de psychiater tegen wie de klacht is gericht door overmacht de zitting niet kan bijwonen, dient in overleg met de geneesheer-directeur een passende vervanging geregeld te worden. In ieder geval dienen overlegd te worden: een schriftelijke verklaring over de reden van de afwezigheid, een eigen verklaring over de relevante diagnostiek van de patiënt alsmede eventueel andere stukken.

De commissie acht het van belang hier haar onvrede uit te spreken over het ontbreken van een beroepsmogelijkheid voor de behandelend psychiater. Zij weet dat de NVvP en GGZ Nederland haar in deze al voorgegaan zijn, zonder resultaat. Zij wijst erop, dat hier sprake is van een rechtsongelijkheid die uiteindelijk ook voor de patiënt nadelig kan zijn.

Hoofdstuk 9

Dwangtoepassing na het besluit tot gedwongen opname

De volgende vragen worden in dit hoofdstuk behandeld.

- 1 Wat is de betekenis van het gegeven dat de behandelend psychiater ‘bestuursorgaan’ is? (Zie paragraaf 1.)
- 2 Aan welke inhoudelijke en procedurele eisen moet het opstellen van een behandelingsplan voldoen? (Zie paragraaf 2.1.)
- 3 Wanneer moet men overgaan tot een bepaling van de wilsbekwaamheid? (Zie paragraaf 2.2.)
- 4 Onder welke voorwaarden is dwangbehandeling mogelijk? (Zie paragraaf 3.1.)
- 5 Welke procedure moet men volgen bij het starten en beëindigen van dwangbehandeling? (Zie paragraaf 3.4.)
- 6 Welke conclusies kan men op basis van wetenschappelijk onderzoek trekken over de schadelijke nevenwerkingen van medicamenteuze en andere onder dwang toegepaste biologisch psychiatrische behandelmethoden? (Zie paragraaf 4.2.)
- 7 Onder welke voorwaarden is gedwongen behandeling van somatische aandoeningen bij psychiatrische patiënten mogelijk? (Zie paragraaf 5.)
- 8 Wat zijn de voorwaarden voor het toepassen van middelen en maatregelen? (Zie paragraaf 6.)
- 9 Welke conclusies kan men op basis van wetenschappelijk onderzoek trekken over het al of niet de voorkeur geven aan separatie boven gedwongen medicamenteus ingrijpen? (Zie paragraaf 7.1 en 7.2.)
- 10 Onder welke voorwaarden kan men beperkingen van bewegingsvrijheid, post, bezoek en telefoon opleggen en welke procedure moet men daarbij volgen? (Zie paragraaf 8.)

Dit hoofdstuk is gewijd aan de fase na de dwangopname. Dit is een fase die in de hoofdstukken III en IV van de Wet Bopz de nodige aandacht krijgt. Het betreft de zogeheten ‘interne rechtspositie’ van de patiënt bij wie dwang in het kader van de Wet Bopz wordt toegepast. Tot dusver handelde deze richtlijn vooral over vraagstukken die met de externe rechtspositie samenhangen, welke aan de orde komen in hoofdstuk II van de wet. Wat men zich in de praktijk vaak niet realiseert, is dat de bescherming van deze beide posities radicaal verschillend is geregeld. Dit juridische verschil is niet het enige. Inhoudelijk gaat het in deze fase om een veel grotere vari-

atie aan soorten dwangmaatregelen, namelijk een aantal uiteenlopende maatregelen inzake behandeling, beveiliging en verzorging. De uitvoering daarvan vraagt een grote mate van samenwerking en afstemming tussen diverse disciplines. Zoals in de inleiding al werd gesteld, zullen niet alle aspecten van de ingewikkelde processen in deze fase behandeld worden. Dat zou de opgave van een multidisciplinaire richtlijncommissie zijn. Waar de commissie wel aan hecht en waartoe zij zich ook in dit hoofdstuk heeft beperkt zijn twee onderwerpen. In de eerste plaats is dat het besluitvormingsproces en dan vooral de speciale verantwoordelijkheid van de psychiatrische discipline daarin. Daarover bestaan in de praktijk nog wel eens onduidelijkheden, ook omdat de wet daar niet altijd even helder over is. In de tweede plaats zijn dat de voornamelijk medische interventies, waarvoor de psychiatrische verantwoordelijkheid een gegeven is. Daarom begint dit hoofdstuk met een paragraaf over het eigen juridische karakter van deze fase en de specifieke taak van de psychiater daarin (paragraaf 1). Daarna volgen paragrafen over behandeling in het algemeen (paragraaf 2), dwangbehandeling (paragraaf 3), de medische aspecten daarvan (paragraaf 4), de gedwongen behandeling van somatische ziekten (paragraaf 5), toepassen van middelen en maatregelen (paragraaf 6), het medisch handelen bij de toepassing van middelen en maatregelen (paragraaf 7) en bij het opleggen van beperkingen (paragraaf 8).

1 De wettelijke regeling van de interne rechtspositie en de specifieke verantwoordelijkheid van de psychiater

Bij de regeling van de externe rechtspositie is de rechter (en in spoedgevallen de burgemeester) degene die besluiten neemt. De behandelaar kan niet meer doen dan de procedure in gang zetten. Het opstellen van een geneeskundige verklaring is in handen gelegd van een niet bij de behandeling betrokken psychiater. In de onderhavige fase is het precies andersom: voor de dwangmaatregelen inzake behandeling, beveiliging en verzorging heeft de behandelaar de bevoegdheid dit geheel alleen te besluiten. Hij kan wel achteraf getoetst worden, namelijk door de geneesheer-directeur, de inspectie, aan wie de dwangbehandeling gemeld moet worden, de klachtencommissie of de rechter. Maar deze komen alleen in actie bij door hen geconstateerde onregelmatigheden of klachten. Het besluit kan niet alleen genomen worden zonder toetsing vooraf, maar ook door iemand die direct betrokken is bij de patiënt. Er wordt zelfs geen voorwaarde geformuleerd over een zekere afstandelijkheid of onpartijdigheid, die niet onlogisch zou zijn gezien de zwaarte van de beslissing. Ook een *second opinion*, in veel instituten *good clinical practice*, is niet verplicht.

Een tweede belangrijk verschil is dat het niet zo duidelijk is wie die behan-

delaar is. Er wordt gesproken als het om het initiëren van dwangbehandeling gaat over 'de voor de behandeling verantwoordelijke persoon'. De duidelijke rol van de psychiater in hoofdstuk II vindt men hier niet terug. Bij de toepassing van middelen en maatregelen en het opleggen van beperkingen laat de wettekst ons nog meer in het ongewisse. Er wordt niet duidelijk aangegeven wie daartoe mag overgaan. De geneesheer-directeur is degene aan wie alles gemeld moet worden en die moet de inspectie weer op de hoogte brengen. De inspectie wordt geacht een en ander te toetsen. Daarnaast wordt ook de patiëntenvertrouwenspersoon genoemd als een figuur die kan bijdragen aan het initiëren door de patiënt van een vorm van toetsing. Het is dus niet zonder reden, dat Widdershoven deze situatie als 'op zijn zachtst gezegd weinig fraai' betitelt (Dijkers & Widdershoven, 2002). Men zou er in het kader van deze richtlijn uit kunnen concluderen, dat de behandelaar zich in ieder geval, gegeven nu eenmaal deze juridische stand van zaken, meer dan ooit bewust moet zijn van zijn verantwoordelijkheid voor de rechtspositie van de patiënt. Zijn attitude zal zeker beïnvloed worden door het gegeven dat er geen controle vooraf meer bestaat op zijn besluiten, in tegenstelling tot de situatie bij dwangopname of voorwaardelijke machtiging. Dit gegeven klemt temeer, omdat er zoveel uiteenlopende actoren betrokken zijn bij deze fase van dwangtoepassing. Als er geen volstrekte duidelijkheid is over wie uiteindelijk de beslissing neemt, bestaat het gevaar dat het tot stand komen van een dergelijk besluit gemakkelijk het product kan worden van ondoorzichtige en moeilijk beheersbare groepsprocessen.

De commissie, dat onder ogen ziende, heeft zich daarom op het standpunt gesteld, dat in de ggz uit kwaliteitsoverwegingen de voor de behandeling verantwoordelijke persoon steeds een psychiater dient te zijn en dat alle beslissingen inzake dwangtoepassing in deze fase door de behandelend psychiater moeten worden genomen. Dit werd reeds verwoord in hoofdstuk 8, conclusie 17 en aanbeveling 15. Hij kan deze rol vervullen door zelf als behandelaar op te treden of als supervisor; dat laatste is alleen mogelijk als hij voldoende intensief betrokken is bij de behandeling. Aanbeveling 13 in hoofdstuk 7 van deze richtlijn preludeerde reeds op deze stellingname. Hierbij past ook het standpunt, dat de geneesheer-directeur in de ggz een psychiater dient te zijn.

Van belang is nog dat de behandelaar zich realiseert dat de in deze fase aan hem toegekende bevoegdheden tot het treffen van maatregelen die de vrijheid van de patiënt benemen, binnen het bereik van de Algemene wet bestuursrecht vallen. Widdershoven wijst hier nog eens expliciet op (Dijkers & Widdershoven, 2002). Dat betekent dat de behandelaar die beslist tot de toepassing van dwangbehandeling, op dat moment optreedt als een zogeheten 'bestuursorgaan'. Hij is dan kort samengevat gehouden tot een zorgvuldige, met proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit rekening

houdende besluitvorming, waarbij hij vooraf hoor en wederhoor toepast, alsmede zijn besluit transparant motiveert en schriftelijk meedeelt aan de patiënt.

Met deze formeel klinkende eisen wordt ook aangegeven hoe de attitude van de behandelaar in zaken als deze ten opzichte van de patiënt geacht wordt te zijn: respectvol, terughoudend, zorgvuldig en met een open oor voor argumenten die tegen de beslissing ingaan. Het respect voor de patiënt als persoon dient in het contact te domineren. Dit standpunt van de commissie betekent niet dat zij de andere actoren niet bij de besluitvorming zou willen betrekken. Dat zou geen recht doen aan hun deskundigheid en betrokkenheid. De patiënt heeft echter recht op een duidelijk aanspreekbare, deskundige, uiteindelijk verantwoordelijke en als zodanig herkenbare persoon die de regie voert, en daarvoor is de psychiater qua deskundigheid, zeker gezien de aard van een belangrijk deel van de maatregelen die vaak moeten worden genomen, het beste toegerust.

De geneesheer-directeur is wettelijk verplicht de toepassing van middelen of maatregelen zo spoedig mogelijk (artikel 39, lid 3) te melden aan de inspectie en dwangbehandeling uiterlijk bij het begin van deze behandeling te melden (artikel 38, lid 6). Indirect kan de geneesheer-directeur hiermee een rol worden toebedacht bij de toetsing. Eerder in dit hoofdstuk is aangegeven dat bij de toepassing van middelen of maatregelen het niet onlogisch zou zijn, gezien de zwaarte van de beslissing, dat een verplichte toetsing vanuit een positie, gekenmerkt door een zekere afstandelijkheid en onpartijdigheid, in de procedure wordt ingebouwd. De commissie meent dat beide overwegingen dienen te leiden tot een kwaliteitsborging met een duidelijke rol voor de geneesheer-directeur.

Conclusie 18

De voor de behandeling verantwoordelijke psychiater wordt geacht bij de beslissing tot toepassing van dwangmaatregelen bij de gedwongen opgenomen patiënt op te treden als 'bestuursorgaan'. Dat betekent dat hij gehouden is tot een zorgvuldige, de principes van proportionaliteit, subsidiariteit en effectiviteit respecterende besluitvorming, waarbij hij vooraf hoor en wederhoor toepast, alsmede zijn besluit transparant motiveert en schriftelijk meedeelt aan de patiënt.

Bij de toepassing van middelen of maatregelen en dwangbehandeling wordt een verplichte onafhankelijke toetsing als vast onderdeel van de procedure gemist. De geneesheer-directeur is meer op afstand en onafhankelijk en zou die rol kunnen vervullen. Gezien de verplichting van de geneesheer-directeur tot melding biedt de Wet Bopz daartoe de mogelijkheid.

2 Behandeling en algemene procedurele overwegingen

Deze paragraaf geeft de situatie per 1 januari 2008 weer. Inmiddels ligt in de Eerste Kamer het wetsvoorstel 30.492, inhoudende (onder andere) een andere redactie van artikel 38, vooral leidend tot een ander formeel doel van het behandelingsplan en aanvullende ruimte om te besluiten tot dwangbehandeling. NB het wetsvoorstel 30.492 is per 1 juni 2008 van kracht geworden. Het gaat hier om de wijziging van de voorwaardelijke machtiging en de verruiming van de mogelijkheden tot het toepassen van dwangbehandeling (zie bijlage 11).

Echter, deze veranderingen vanuit wetsvoorstel 30.492 leiden niet tot fundamenteel andere inzichten voor deze richtlijn. Ze bieden wel iets meer ruimte, waarvoor deze richtlijn ook pleit. De in de richtlijn gegeven overwegingen voor het nemen van een besluit en die, waar relevant, preluderen op deze wetswijziging, veranderen hierdoor niet principieel. Wel lijkt van belang dat met wetswijziging 30.492 in consensus een nieuwe (en vooreerst mogelijk definitieve) ruimte voor dwangbehandeling is bepaald, waarmee ook de schrijvers van de nieuwe wettelijke regeling ter vervanging van de Bopz rekening zullen moeten houden.

2.1 Het behandelingsplan

Hoofdstuk III van de Wet Bopz handelt over de rechten van de onvrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis verblijvende patiënt. Dat hoofdstuk is voornamelijk van toepassing op de patiënten die met een lastgeving tot IBS of met een rechterlijke machtiging zijn opgenomen. Het hoofdstuk is niet onverkort van toepassing op justitiepatiënten (zie daarvoor de specifieke regelingen ex artikel 51 Wet Bopz), noch op patiënten die met een observatiemachtiging zijn opgenomen (bij wie artikel 38 en 39 niet van toepassing zijn en bij wie dus geen dwangbehandeling of middelen en maatregelen kunnen worden toegepast). Ook is het hoofdstuk niet van toepassing op de patiënten die met een voorwaardelijke rechterlijke machtiging buiten, of vrijwillig in het ziekenhuis verblijven, op de patiënten met een zelfbindingsmachtiging en op patiënten met een rechterlijke machtiging op eigen verzoek. In deze gevallen worden in de wet immers speciale procedures voor het tot stand komen van het behandelingsplan beschreven, waarop hier niet in extenso wordt ingegaan.

De dwangopneming legitimeert de vrijheidsbeneming, maar niet automatisch een dwangbehandeling. In de Memorie van Toelichting van een recente wetsreparatie (30.492) (van kracht geworden op 1 juni 2008, zie bijlage 11) stelt de wetgever dat ieder psychiatrisch ziekenhuis beleid dient te voeren dat erop is gericht dwang te voorkomen: dat is verantwoorde zorg die de kwaliteitswet eist. De commissie is het hier van harte mee

eens, maar kan hier niet ingaan op de preventie. Dat zou zaak zijn van een nieuwe multidisciplinaire richtlijncommissie.

Het ziekenhuis kan niet volstaan met louter detentie: er is een recht op behandeling als tegenhanger van de plicht een hulpaanbod te doen. Artikel 38 is het fundament van de interne rechtspositie (dat wil zeggen de rechtspositie van de patiënt binnen het ziekenhuis). Uitgangspunten zijn: zonder behandelingsplan geen behandeling; zonder informed consent geen behandeling; bij verzet geen behandeling.

Artikel 38 vraagt dat er zo spoedig mogelijk na dwangopneming een behandelingsplan wordt opgesteld. De 'voor de behandeling verantwoordelijke persoon' (zie hoofdstuk 8, paragraaf 2 en hoofdstuk 7, paragraaf 1) overlegt dit met de patiënt. Het behandelingsplan (artikel 38 lid 3) was er tot 1 juni 2008 op gericht de stoornis zo te verbeteren dat het gevaar dat de dwangopname veroorzaakte, wordt weggenomen. Per 1 juni 2008 is wetsvoorstel 30.492 van kracht geworden en is artikel 38 veranderd: het doel van het behandelingsplan is breder geworden (ook gericht op het eventueel bekorten van de dwangopname) (zie bijlage 11).

Vanaf juni 2008 kent de wet twee gronden voor dwangbehandeling. De eerste grond is de reeds bekende van direct gevaar in de kliniek. De tweede en nieuwe grond luidt: indien anders onnodig lang verblijf in de kliniek zal ontstaan. Voor een specifieke groep kan dit belangrijk soelaas bieden. In de nieuwe wetwijziging is ook geregeld dat bij dwangbehandeling op de tweede grond wanneer die langer dan drie maanden duurt, de beslissing genomen wordt door de geneesheer-directeur. Dat geldt ook voor een dwangbehandeling die binnen zes maanden na afloop van de vorige dwangbehandeling wordt gestart. Dit is een inperking op een gebruikelijke behandeling: daarbij wil de arts de stoornis in algemene zin verbeteren, en niet slechts zodanig dat gevaar wordt weggenomen.

In de praktijk stellen veel psychiaters in het kader van de Wet Bopz een behandelingsplan voor dat niet slechts als doel heeft de stoornis zo te verbeteren dat het gevaar wordt weggenomen of dat betrokkene onnodig lang in het ziekenhuis zal moeten verblijven, maar dat tevens tot doel heeft de stoornis zo te verbeteren dat de prognose van de patiënt verbetert en dat er gezondheidswinst optreedt. Men probeert een zo compleet mogelijk behandelingsplan op te stellen, inclusief verpleging en lichamelijke verzorging die dus formeel gesproken een bredere doelstelling hebben. De commissie acht deze 'vermenging' van doelstellingen onontkoombaar en inherent aan de plicht van het goed hulpverlenerschap. Daarbij zal goed in het dossier moeten worden vastgelegd welke interventies bedoeld zijn om het gevaar af te wenden dat genoemd wordt bij de twee gronden voor dwangbehandeling, en welke interventies een ander doel hebben. Deze laatste interventies vallen niet onder de wet Bopz, maar onder de WGBO.

2.2 Bepaling van de wilsbekwaamheid

Wanneer de patiënt de uitvoering van het behandelingsplan accepteert, is er geen sprake van dwangbehandeling. Indien de toestemming van de patiënt is verkregen, is het van belang dat vast te leggen. Men dient zich echter te realiseren dat wilsonbekwame toestemming geen rechtsgeldige toestemming is. Wanneer de patiënt niet tot redelijke waardering van zijn belangen inzake de behandeling in staat wordt geacht, dus bij wilsonbekwaamheid, dan moet dit overleg gebeuren met een vertegenwoordiger (zie artikel 38 lid 2).

Wilsonbekwaamheid kan door de behandelaar (immers doorgaans een arts) worden vastgesteld volgens een stappenplan (bijlage 4). Hierbij gaat het om het vaststellen van het vermogen tot uiten van een keuze, begrijpen van de relevante informatie, waarderen van die informatie, beseffen wat die informatie betekent voor de eigen situatie, en kunnen beredeneren van de gemaakte keuze ter zake van een onderzoek of behandeling. De behandelaar deelt aan de betrokken patiënt mee ter zake waarvan hij wilsonbekwaam is op dat moment, legt de argumentatie en conclusie vast in het dossier en wijst de patiënt op het klachtrecht (artikel 41). Wilsbekwaamheid is geen statische eigenschap, maar kan fluctueren, tijdelijk zijn, en kan zich beperken tot slechts bepaalde beslissingen. De wilsbekwaamheid dient dus met enige regelmaat geëvalueerd te worden.

Gaat het om onderzoek of behandeling van een psychiatrische stoornis, conform artikel 38.5, dan is het bepalen van de wilsbekwaamheid ter zake daarvan volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg theorie een vereiste (IGZ, 2003). Dat is niet verbazingwekkend, omdat in artikel 38 niet staat dat men ervan mag uitgaan dat een patiënt wilsbekwaam is tot het tegendeel blijkt: de gewone gang van zaken in de geneeskunde. Men moet zich bij het onderhandelen over een behandelingsplan actief afvragen of iemand wilsbekwaam is. Overigens past dat ook in de algemeen geldende plicht om te komen tot een informed consent. Dat houdt namelijk in dat men de patiënt adequaat en voldoende informatie verstrekt over de voorliggende beslissing en dat men zich ervan vergewist of de patiënt dit heeft begrepen. Bij vreemde of nadelige beslissingen ligt het voor de hand om te informeren naar de redenatie van de patiënt. In de praktijk wordt deze bepaling van de wilsbekwaamheid met betrekking tot de behandeling echter als een minder relevante aangelegenheid ervaren, en men laat het daarom, als een patiënt zich niet verzet, dan ook meestal na. Immers, wanneer de patiënt de behandeling weigert (ook een behandeling die in overleg met een vertegenwoordiger is opgesteld), kan de behandelaar niet behandelen, ook niet wanneer hij betrokkene wilsonbekwaam acht en vervangende toestemming van de vertegenwoordiger heeft verkregen. De behandeling kan alsdan alleen uitgevoerd worden indien volstrekt noodzakelijk ter afwending van gevaar (zie paragraaf 3).

De commissie acht het uit een oogpunt van zorgvuldigheid ten opzichte van de patiënt echter wel aangewezen dat men in dezen de wet volgt; zij deelt het standpunt van de IGZ. Men wordt zo in ieder geval gedwongen in voorkomende gevallen van wilsonbekwaamheid de vertegenwoordiger bij het overleg te betrekken. Het verdient overigens uit het oogpunt van goed hulpverlenerschap ook aanbeveling om het door de wet voorgeschreven overleg met huisarts en eerdere behandelaars ter zake te voeren. Voorts is het zaak om, als men wilsonbekwaamheid heeft vastgesteld, regelmatig tijdens het beloop van de behandeling te evalueren in hoeverre daar nog sprake van is. Wilsonbekwaamheid is tenslotte geen statisch gegeven. Hoe te handelen bij een psychiatrische patiënt die behandeling weigert en wils-onbekwaam is, wordt besproken in paragraaf 5.

Het bepalen van de wilsbekwaamheid krijgt veel meer gewicht nu de regeling van de zelfbindingsverklaring (artikel 34) in werking is getreden. Daarbij is wilsbekwaamheid immers een voorwaarde om een zelfbindingsverklaring op te mogen stellen. Indirect kan daar dwangtoepassing uit volgen, namelijk doordat men onder bepaalde omstandigheden (die niet per se gevaarlijk hoeven te zijn) gedwongen opgenomen kan worden.

Aanbeveling 18

Bij het maken van een behandelingsplan in het kader van de Wet Bopz dient men als routine de wilsbekwaamheid te bepalen. Bij gebleken wilsonbekwaamheid is een periodieke evaluatie van de wilsbekwaamheid aangewezen.

Volgens artikel 36 en 37 Wet Bopz worden de patiënt, de echtgenoot of de vertegenwoordiger dan wel de naaste familiebetrekkingen van de onder dwang opgenomen patiënt zo spoedig mogelijk geïnformeerd over welke arts of andere hulpverlener in het bijzonder verantwoordelijk zal zijn voor de patiënt. Ook over de rechten van de patiënt tijdens het verblijf worden de patiënt en de hiervoor genoemde personen geïnformeerd; zij ontvangen daarover schriftelijk materiaal en de huisregels (zie verder paragraaf 8). Op deze interne rechtspositie wordt toegezien door de inspecteur (IGZ). Tevens is de patiëntenvertrouwenspersoon (PVP) binnen het psychiatrische ziekenhuis voor alle patiënten beschikbaar voor advies en bijstand met betrekking tot hun rechtspositie.

3 Het toepassen van dwangbehandeling (artikel 38.5)

3.1 De argumenten voor dwangbehandeling

Lid 5 van artikel 38 is het cruciale wetsartikel bij dwangbehandeling. Het vertoont de volgende opbouw (zie ook beslisboom in bijlage 6).

- A Zonder overeenstemming over behandelingsplan geen behandeling.
- B Wanneer de overeenstemming wél is bereikt (met patiënt of met vertegenwoordiger) maar de patiënt zich (alsnog) tegen de behandeling verzet, kan de behandeling niet worden toegepast.
- C In afwijking van bovenstaande kan het voorgestelde behandelingsplan wél worden toegepast ‘voor zover volstrekt noodzakelijk om gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden.’

Ad A: ‘Zonder overeenstemming geen behandeling’, is een duidelijke zaak. Echter, vaak zien we dat de weigering van de patiënt zich slechts richt op specifieke onderdelen van het behandelingsplan. Zo accepteren veel personen die antipsychotische medicatie weigeren, juist wel bepaalde vormen van therapie of somatische medicatie. In die gevallen is het wenselijk dat in het behandelingsplan duidelijk is welke onderdelen met instemming kunnen worden uitgevoerd.

Ad B: In deze regels ligt een belangrijk kenmerk van de Wet Bopz besloten dat is samen te vatten als ‘wilsonbekwaam verzet geldt’. Of de patiënt zich nu verzet op grond van reële argumenten (angst voor bijwerkingen, liever met rust gelaten worden) of met irreële argumenten (de medicatie zal hem vergifigen): dit maakt niets uit: het verzet geldt, er kan dan niet behandeld worden.

Ad C: Deze ‘ontsnappingsclausule’ is de enige ruimte die de Wet Bopz biedt tot dwangbehandeling (behoudens artikel 39, noodsituaties), dat wil zeggen dat de patiënt ondanks (desnoods fysiek) verzet medicatie kan worden toegediend. De grond hiervoor is dus ‘gevaar’ en volstreekte noodzaak. In de volgende paragrafen zullen de begrippen gevaar en verzet, kernbegrippen voor de toepassing van dwangbehandeling, nader worden besproken.

3.2 Het gevaar

Over het ‘gevaar’ is de laatste jaren jurisprudentie ontstaan. Tot januari 2004 was deze grond ‘ernstig’ gevaar. De wetgever heeft dus meer ruimte willen scheppen door het woord ‘ernstig’ te schrappen. Het begrip ‘gevaar’ wordt gedefinieerd in artikel 1f (zie hoofdstuk 5, paragraaf 2.2). Het criterium is dus ‘voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om het gevaar af te wenden dat betrokkene binnen de inrichting door een stoornis van de geestvermogens veroorzaakt’. Omdat artikel 38 speelt bij reeds opgenomen patiënten die meestal wel enige vorm van bejegening of verpleging accepteren, vervalt een groot aantal van de gevaren meestal, zoals de gevaren voor een of meer anderen.

Over het gevaar voor de patiënt zelf oordelen rechters wisselend. Een aantal van dit soort gevaren zou in de kliniek door zeer intensief verpleegkundig ingrijpen en bijvoorbeeld continue hand-op-handbegeleiding te voor-

kómen zijn. Een bijzondere situatie betreft het gevaar voor de algemene veiligheid van personen en goederen. In artikel 38 lid 5 staat niets vermeld over de algemene veiligheid van goederen. Wanneer het gevaar dus schuilt in algemene veiligheid (bijvoorbeeld ontwrichten van deuren), kan niet op grond van artikel 38 lid 5 worden ingegrepen. Slechts op grond van artikel 39 (noodsituatie) kan worden ingegrepen, als het ongericht in het rondslaan niet was voorzien, en indien dit ongericht rondslaan voortkomt uit de stoornis.

Uit het ‘volstrekt noodzakelijk’ en de Memorie van Toelichting bij de Kamerbehandeling, heeft zich in de loop van de tijd steeds meer jurisprudentie gevormd, die impliceert dat het gevaar zich werkelijk op de afdeling moet voordoen. Dat is in de praktijk een serieuze beperking van de mogelijkheid tot goed hulpverlenerschap gebleken. Zo kan een rustige, ernstig psychotische patiënt die op de afdeling géén gevaar vormt voor anderen en die zich in zijn basale verzorging zodanig laat steunen door verpleging dat er géén ernstige verwaarlozing ontstaat, bij verzet niet worden behandeld. Alleen is het niet mogelijk een resocialisatietraject te starten, met als gevolg dat de patiënt dan jarenlang opgenomen moet blijven. Volgens sommige juristen kan men dan toch gevaar postuleren. Dan wordt het uitzichtloze verblijf binnen het ziekenhuis gezien als een ‘gevaar voor maatschappelijk te gronde gaan’ (gevaar 1b). Ook voor deze redenering blijkt in recente jurisprudentie steun, maar dat geldt zeker niet in alle situaties en voor alle rechters. In voorkomende gevallen beveelt de commissie wel aan om dit gevaarcriterium te gebruiken, vooral indien een uitzichtloze schrijvende situatie met vergaande vrijheidsbeperking aan de orde is.

Intussen heeft de onvrede over deze situatie tot een nieuw wetsvoorstel geleid (wetsvoorstel 30.492, aangenomen per 1 juni 2008, zie bijlage 11) dat voorziet in een verandering van artikel 38. In februari 2008 heeft de Eerste Kamer dit voorstel aangenomen en zal het in 2008 van kracht worden. Daarbij blijft de oude grond van dwangbehandeling bestaan, maar daarnaast komt een nieuw criterium: ‘Dwangbehandeling kan plaatsvinden voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar, dat betrokkene door een stoornis van de geestvermogens doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen’ (Kamerstukken II 2005/06, 30.492). De commissie veronderstelt dat daarmee dwangbehandeling in de meeste situaties uitvoerbaar wordt indien een doelmatige behandeling de opnameduur kan bekorten. Dat zal minder het geval zijn indien een langdurig verblijf ondanks behandeling onvermijdelijk is en de behandeling vooral gericht is op verbetering van de kwaliteit van leven binnen de instelling.

Tevens zal geregeld de vraag aan de orde zijn, of en wanneer dwangbehandeling kan worden toegepast bij een bepaalde mate van gevaar voor verpleegkundigen met hun taak van opsluiting en verpleging. In een acute

situatie zal men zich dan op artikel 39 kunnen beroepen voor middelen of maatregelen. Maar wanneer een patiënt langdurig zich zou willen blijven onttrekken en bijvoorbeeld steeds voor de afdelingsdeur conflicten aangaat, zal slechts het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander (zie artikel 1f sub 2b) onder bepaalde omstandigheden als grond kunnen worden aangevoerd. Een andere voor de praktijk belangrijke situatie is die waarin gevaar optreedt dat niet voortvloeit uit de stoornis (bijvoorbeeld crimineel of anderszins grensoverschrijdend gedrag dat niet causaal in de zin van de Wet Bopz verbonden is met de betreffende of een andere stoornis).

3.3 Het verzet

In de praktijk zijn bereidheid en verzet twee uitersten op een continuüm: aan de ene kant daarvan de patiënt die aangeeft alle informatie te hebben begrepen en vervolgens toestemming geeft, en aan de andere kant de patiënt die zich met woord en daad verzet tegen de voorgenomen interventie. Op dat continuüm bevindt zich ook de patiënt bij wie op basis van het gedrag geen tekenen van verzet zijn te herkennen: deze zegt geen ja en zegt geen nee, maar zou vermoedelijk wel de aangeboden medicatie innemen. In het kader van de Wet Bopz is de behandelaar genoodzaakt om dit ontbreken van verbale instemming zonder duidelijk verzet te interpreteren als goed hulpverlener: geeft de patiënt stilzwijgend zijn toestemming? Zijn er aanwijzingen of informatie van derden waarmee de actuele wil van de patiënt kan worden geconstrueerd? Is de patiënt wel in staat toestemming te geven? Moet een vertegenwoordiger vervangende toestemming geven? Is er tijd voor vervangende toestemming? Is een second opinion mogelijk? Indien de hulpverlener van mening is dat er wel sprake is van reëel verzet en van de overige criteria die dwangbehandeling rechtvaardigen, zal hij dan de weg inslaan van gedwongen interventies in kader van dwangbehandeling. In praktische zin is er veel ruimte voor de interpretatie van het al dan niet aanwezig zijn van instemming of verzet. Wat te denken van de patiënt die zonder zich fysiek of verbaal te verzetten, onder begeleiding van drie verpleegkundigen meeloopt naar de separeerkamer? Geeft deze blijk van instemming met de behandeling? Het is goed mogelijk dat deze patiënt geen medewerking toonde toen de separatie werd voorgesteld, maar wel meeloopt als het erop aan komt.

Een ander probleem kan zich voordoen bij een snel wisselende mening van de patiënt: op het ene moment geeft hij toestemming, een uur later trekt hij die weer in. Legemaate (2004) heeft er terecht op gewezen dat verzet 'reëel' moet zijn, dat wil zeggen een zekere mate van consistentie (niet snelle, vaak wisselende meningen en gedragingen), en feitelijkheid (gedrag moet duidelijk als weerstand tegen behandelen worden opgevat) moet vertonen. Het is aan de zorgverleners en behandelaars om in elke situatie

de interpretatie en afweging te maken en deze op transparante wijze vast te leggen in het dossier, zodat toetsing mogelijk is.

De derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz acht het ongewenst dat er geen onderscheid gemaakt wordt tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam verzet, vooral waar het gaat om gevaar voor de persoon zelf. De richtlijncommissie is dezelfde mening toegedaan. De richtlijncommissie beveelt mede daarom aan, het advies van de IGZ altijd de wilsbekwaamheid te bepalen te volgen. Dat dient namelijk ook meerdere belangen. Het bepaalt de wijze van informeren en motiveren en de wijze van bejegening. Tevens heeft het gewicht in de besluitvorming om dwang toe te passen, omdat dwangbehandeling bij wilsonbekwaamheid ook een middel kan zijn om autonomie te herstellen en gevaar te voorkomen, en dwangbehandeling bij vergaande wilsonbekwaamheid vanuit ethisch oogpunt proportioneel kan zijn.

3.4 Procedurele eisen

De commissie is van mening dat uit kwaliteitsoverwegingen de beslissing tot dwangbehandeling steeds genomen moet worden door een psychiater (zie ook hoofdstuk 8 paragraaf 1.3, conclusie 17 en aanbeveling 15, en hoofdstuk 9, paragraaf 1). Voorts beveelt zij aan om, indien er binnen het behandelteam of bij de naastbetrokkenen van de patiënt ook maar de geringste twijfel bestaat over de indicatie ervan, om een second opinion te vragen aan een onafhankelijk psychiater of de geneesheer-directeur.

Aanbeveling 19

De commissie beveelt aan dat het besluit tot dwangbehandeling genomen wordt door een psychiater en dat in het geval van twijfel over de juistheid van de indicatie een second opinion wordt gevraagd bij een onafhankelijk psychiater of de geneesheer-directeur.

Zij beveelt aan nader te onderzoeken of en hoe de geneesheer-directeur gepositioneerd kan worden als degene die als onafhankelijk psychiater elke beslissing tot dwangbehandeling vooraf toetst.

De Algemene wet bestuursrecht schrijft voor dat een beklagwaardige beslissing schriftelijk en tijdig wordt medegedeeld (conclusie 18). Hoewel artikel 38 het niet vereist, is in veel klinieken de standaard gegroeid dat de behandelaar de patiënt informeert over zijn voornemen om op grond van artikel 38 lid 5 dwangbehandeling te gaan toepassen. Daarmee biedt men de patiënt de ruimte om medicatie alsnog onder drang te aanvaarden en tevens de mogelijkheid om dit voorgenomen besluit voor te leggen aan de klachtencommissie.

Zo mogelijk wordt dan de uitspraak van de klachtencommissie en eventueel zelfs de uitspraak van de rechter in beroep (ex artikel 41 lid 7/artikel

41 lid 11) afgewacht (zie beslisboom in bijlage 6). Dit zal mede bevorderd worden door voorgestelde verruiming van de criteria voor dwangbehandeling ten gevolge van de eerdergenoemde reparatie 30.492, aangenomen per 1 juni 2008 (zie bijlage 11). Wellicht zal die op den duur enige extra ruimte bieden om in een eerder stadium een voorgenomen besluit tot dwangbehandeling aan de patiënt aan te bieden en eventueel aan de klachtencommissie voor te leggen. Een uitspraak van de rechter hoeft niet te worden afgewacht als het gevaar onmiddellijk door de dwangbehandeling afgewend moet worden. De beslissing of en wanneer men tot de stappen in bijlage 6 zal overgaan, wordt mede bepaald door overwegingen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid (zie onder andere hoofdstuk 4, paragraaf 1.3).

In reactie op wetsvoorstel 30.492 hebben NVvP, GGZ Nederland en de KNMG per brief suggesties gedaan, onder andere het advies om dwangbehandelingen met regelmaat te evalueren en de zorgvuldigheidseisen bij voortzetten van langer lopende dwangbehandeling aan te scherpen (Brief NVvP, 2007). Hoewel het hier gaat om nog niet tot de wet behorende eisen, meent de commissie gezien het belang van zorgvuldigheid, uit professionele overwegingen, dat zij er goed aan doet een en ander sterk aan te bevelen.

Aanbeveling 20

Tenzij de situatie tot spoedig ingrijpen noopt, dient het voornemen tot dwangbehandeling gemotiveerd aan de patiënt voorgelegd te worden. Deze kan dan bij voorbaat in beklag gaan om het oordeel van de klachtencommissie over de voorgenomen dwangbehandeling uit te lokken. Het is daarnaast aan te bevelen langer lopende dwangbehandelingen met regelmaat (bij voorkeur om de drie maanden) te (laten) evalueren, bij voorkeur door een niet bij de behandeling betrokken psychiater. Indien doelmatigheid en proportionaliteit van de beoogde of uitgevoerde dwangbehandeling vragen oproept dan is een second opinion aangewezen.

Artikel 38 lid 6 regelt dat de geneesheer-directeur de dwangbehandeling meldt aan de inspecteur en de eventuele vertegenwoordiger van de patiënt. Na beëindiging wordt dit opnieuw aan de inspecteur gemeld die (artikel 38.7) onderzoek instelt naar de beslissing tot en uitvoering van die dwangbehandeling.

4 Het medische handelen ten tijde van dwangbehandeling

4.1 Afbakening begrip dwangbehandeling

Onder dwangbehandeling verstaan artsen in de praktijk, maar ook de juris-

prudentie, vrijwel uitsluitend de behandeling met gedwongen medicatie of elektroconvulsietherapie (ECT). Deze paragraaf handelt over dwangbehandeling. Het gaat niet over separeerverpleging, aangezien dat niet valt aan te wijzen als behandelmaatregel, maar eerder als verpleegwijze en beveiligingsmaatregel. Daaraan wordt paragraaf 6 gewijd.

Het is goed zich te realiseren dat men binnen de ggz bij gedwongen opgenomen patiënten meer vormen van drang en dwang kan uitoefenen. Na een gedwongen opname wordt veelal gepoogd contact aan te gaan, waarbij beoogd wordt te 'behandelen', in eerste instantie door de betrokkene te informeren, tot ander inzicht over zijn situatie te laten komen, hem te motiveren voor een vorm van verdergaande behandeling en dergelijke. Al deze vormen van verbale bejegening en opgedrongen (psychotherapeutische) gesprekken worden in de praktijk vaak niet als dwangbehandeling beschouwd. In de praktijk 'besluit' men er niet toe en zij worden niet 'gemeld'. Toch kan men ze beschouwen als vormen van 'informele dwang' die in de Wet Bopz niet bij name genoemd worden.

Nadat een patiënt gedwongen is opgenomen, kan er slechts onder dwang behandeld worden indien die bepaalde behandeling volstrekt noodzakelijk is om het gevaar af te wenden. In eerste instantie is bij weigering van een noodzakelijke behandeling de beste optie: de patiënt vaker zien en ondersteunen bij andere keuzemogelijkheden teneinde het gevoel van zelfcontrole en eigenwaarde te versterken en de angst voor hulpeloosheid en afhankelijkheid te verminderen. Verreweg de meeste patiënten die in eerste instantie medicatie weigeren, kiezen er uiteindelijk wel voor (Beck, 1989). Cruciaal voor de therapietrouw is de aandacht voor de onderliggende redenen en motieven voor medicatieweigering, zoals eerdere ervaring met bijwerkingen, observatie van medepatiënten met onprettige of beangstigende neveneffecten, idiosyncratische percepties van behandeling, angst voor vergiftiging en voor seksuele bijwerkingen (Simon, 1992). Tevens spelen bij behandelweigering vaak overdrachtsproblemen, uitgelokt door afgezegde afspraken, te weinig aandacht, autoriteitsconflicten en conflicten binnen de staf die het vertrouwen ondermijnen. Ook kunnen ziekte winst en de invloed van familie en vrienden een rol spelen. Indien de weigering van noodzakelijke behandeling binnen redelijke termijn niet therapeutisch beïnvloedbaar is gebleken, moeten er stappen worden ondernomen om alsnog dwangbehandeling toe te passen. Daarin past een zorgvuldige onderbouwing van het door de stoornis veroorzaakte gevaar, de redenen waarom dwangbehandeling doelmatig en proportioneel wordt geacht en waarom er geen redelijk alternatief meer voorhanden is. Aanbeveling 19 en 20 (paragraaf 3.4) zijn hier van toepassing.

4.2 Afweging van effectiviteit versus schadelijkheid: is dwangbehandeling met medicatie of ECT proportioneel?

In hoofdstuk 4, paragraaf 2.3 werd de conclusie (conclusie 4) getrokken, dat dwangbehandeling met psychofarmaca en ECT bij de gebruikelijke indicaties als effectief moet worden beschouwd (evidentieniveau 2, respectievelijk 3). Dat gegeven is uiteraard niet voldoende om zonder meer bij voldoende wettelijke grond over te gaan tot het toepassen van deze methoden. Op de behandelend psychiater rust bij dwangbehandeling een extra verantwoordelijkheid met betrekking tot de indicatiestelling en het evalueren van de behandeling, omdat de patiënt hierbij vaak moeilijk te betrekken is en zijn interne rechtspositie extra aandacht behoeft (zie ook paragraaf 1). De arts weegt daarnaast het gevaar en de schade door het voortduren van een medisch (zeer) ernstige, zonder medicatie niet adequaat behandelbare toestand af tegen de mogelijke schade van de betreffende biologische behandeling en het verwachte nut.

Waar episodes van dwangbehandeling in het algemeen kort zullen duren, zullen de meeste ongewenste effecten van psychofarmaca en ECT verdwijnen zodra deze behandelingen worden gestaakt. Bijwerkingen die pas na langer gebruik optreden (tardieve dyskinesie, metaboolsyndroom en dergelijke) zullen een specifieke weging vragen bij het langer voortgaan met een eventuele dwangmedicatie. De behandeling zal vooral worden beëindigd wanneer deze niet het beoogde positieve effect resulteert of het beoogde effect is bereikt. Andersom kan de behandeling zo gunstig blijken dat voortzetting daarvan wenselijk is, ondanks het voortbestaan van bijwerkingen of de kans op nieuwe bijwerkingen op de langere termijn.

Het concept van *quality-adjusted life years* (QALY's) kan helpen om ongelijksoortige entiteiten als levensverwachting, risico's van bijwerkingen en kwaliteit van leven tegen elkaar af te wegen (Rapley, 2003). In die zin verschilt de medische afweging bij de indicatiestelling tot dwangbehandeling niet van die in andere situaties, behalve voor zover ook de omvang van het gevaar voor derden bij de beslissing wordt betrokken. Dit komt bij de berekening van QALY's niet voor, tenzij indirect in de vorm van de maatregelen die anders nodig zijn voor het afwenden van dit gevaar. Deze maatregelen, meestal vrijheidsbeperking, hebben aanzienlijke consequenties voor de levenskwaliteit van de patiënt (bijvoorbeeld opsluiting op een gesloten afdeling, separatie of fixatie).

Er zal nu in meer detail ingegaan worden op het onderzoek naar twee schadelijke effecten van deze specifieke behandelmethoden. Er is geen onderzoek naar bijzondere schadelijke effecten specifiek voor ECT-dwangbehandeling. Wel is er enig onderzoek te vinden wat betreft dwangbehandeling met psychofarmaca.

4.2.1 *Schadelijke invloed op de therapietrouw?*

Een specifiek effect van medicamenteuze dwangbehandeling zou de schade voor de therapietrouw kunnen zijn. Gedwongen opname (die in het algemeen ook gedwongen behandeling met psychofarmaca behelst, zonder dat deze expliciet in betreffende publicaties wordt beschreven) beïnvloedt over het algemeen het beloop van de psychiatrische aandoening of de therapietrouw van de patiënt niet negatief (bewijskrachtniveau 2, zie hoofdstuk 4, paragraaf 2.3, conclusie 4). Van de in hoofdstuk 4, paragraaf 2.3 beschreven onderzoeken die specifiek klinische dwangbehandeling met psychofarmaca vermelden, rapporteren twee over de medewerking van de patiënt aan zijn ambulante behandeling na ontslag (medicatie en bezoek aan hulpverleners tot 1 jaar, respectievelijk 2,5 tot 3,5 jaar na ontslag) en vinden geen verschil in vergelijking met vrijwillig behandelde patiënten (McEvoy e.a., 1989; Cournos, McKinnon & Stanley, 1991). Ook in het derde betreffende onderzoek (Steinert & Schmid, 2004) worden geen aanwijzingen gevonden voor een correlatie tussen dwang en beëindiging van de behandeling tegen medisch advies in, of weigering van aansluitende ambulante behandeling.

4.2.2 *Schade door veroorzaken PTSS?*

Een andere specifieke schade van dwangbehandeling zouden posttraumatische klachten of posttraumatische stress-stoornis (PTSS) kunnen zijn (Van der Gaag, 2002). Anderzijds zouden angstaanjagende psychotische ervaringen eveneens posttraumatische klachten kunnen veroorzaken en spoedige behandeling van de psychose daarmee de kans op posttraumatische klachten kunnen verkleinen. In Pubmed werd gezocht met de termen:

- 'psychosis OR psychotic';
- 'coerc* OR restraint OR seclusion';
- 'traum* OR trauma OR traumatic OR posttraumatic'.

De opbrengst van de drie stappen werd gecombineerd met de booleaanse operator 'AND', wat zestien artikelen opleverde. Na inspectie van de abstracts bleek slechts één artikel (Meyer e.a., 1999) het gezochte thema te betreffen. Dit artikel was ook als enige gevonden in het systematische literatuuronderzoek van Van de Ven-Dijkman naar posttraumatische klachten ten gevolge van dwangopname (zie hoofdstuk 4, paragraaf 2.2). Gezien het belang van een zo goed mogelijk onderbouwd antwoord op de titelvraag van deze paragraaf werd vervolgens handmatig verder gezocht, werden kruisverwijzingen nagekeken en deskundigen geraadpleegd. Dit leidde nog naar vier publicaties.

Het onderzoek van McGorry e.a. (1991) vond geen relatie tussen aantal opnamen of opnamestatus (vrijwillig/onvrijwillig) en PTSS bij (een kleine groep) patiënten met een ziektegeschiedenis korter dan drie jaar. Methodologisch zwak is het uitsluitend vertrouwen op de antwoorden van patiënten zonder objectieve registratie van dwangmaatregelen of meet-

schalen van psychose. De bewering dat PTSS-symptomen ‘vooral geassocieerd leken met de ervaring van de opname en minder met de psychotische ervaring per se’ wordt niet met cijfers gestaafd.

Shaw, McFarlane & Bookless (1997) interviewden 54 opgenomen psychotische patiënten (59% gedwongen opgenomen, 80% met antipsychotische medicatie, 49% dwangmedicatie), meestal aan het eind van de opname. Bijna alle patiënten gebruikten antipsychotica. Belasting en intrusie door aspecten van de behandeling alsook psychotische ervaringen werden met meetschalen (de PTSS-schaal (onderzoekerversie) en de gemodificeerde BPRS) onderzocht (scoring 0 = helemaal niet, 4 = heel sterk/vaak). Psychotische symptomen werden ook apart uitgevraagd. Veel patiënten bleken niet goed te kunnen differentiëren tussen ziekte -en behandelingsgerelateerde stressoren. Bijna de helft van de onderzochte populatie voldeed tijdens de indexopname aan de criteria voor postpsychotische PTSS. De diagnose PTSS correleerde met vervolgingswaan, beïnvloedingsfenomenen en optische hallucinaties. Patiënten die een bepaalde ervaring of gebeurtenis hadden meegemaakt, gaven aan hoe sterk zij hierdoor waren belast: separatie scoorde daarbij samen met gedachten de familie te schaden en reukhallucinaties het hoogst (3,6 punten op de PTSS-schaal), gevolgd door vervolgingswaan en beïnvloedingsfenomenen (3,5). Lager scoorden verblijf op een gesloten afdeling (3,4), dwangmedicatie (3,2), bijwerkingen van medicatie (3,2) en dwangopname (3,1).

Frame en Morrison (2001) onderzochten traumatische ervaringen (algemeen en ook specifiek voor opname en psychose) en psychotische symptomen, met gestandaardiseerde vragenlijsten bij 60 opgenomen patiënten na een psychotische episode. Een krap halfjaar later kreeg de helft een waarschijnlijkheidsdiagnose PTSS, waarbij 24% van de variantie werd verklaard door de psychotische klachten en 7% door de opname. Er werd geen correlatie gevonden tussen gedwongen opname (waarbij gedwongen medicatie een rol zou kunnen spelen) en posttraumatische symptomen. Priebe, Bröker en Gunkel (1998) ondervroegen 105 ambulante patiënten die gemiddeld al elf jaar aan schizofrenie leden. Van hen had 57% ervaring met gedwongen opnamen (wat automatisch medicamenteuze dwangbehandeling mogelijk maakte). Er werd geen verschil gevonden tussen de eerder gedwongen opgenomen en de nooit gedwongen opgenomen patiënten wat betreft posttraumatische symptomen of het optreden van PTSS, ondanks dat als traumatische gebeurtenis juist de opnamen werden onderzocht. Er werd wel een correlatie gevonden tussen de totaal score op de PTSS-schaal enerzijds en de scores op de *brief psychiatric rating scale* (BPRS), de subschaal angst of depressie en vijandigheid of achterdocht, maar niet denkstoornissen anderzijds. De studie is weinig geschikt om de samenhang tussen psychiatrische symptomen en PTSS te onderzoeken, omdat psychotische symptomen kunnen wisselen, niet tijdens de acute psychose werden

onderzocht en op een vast tijdstip later vaststelling van posttraumatische symptomen.

Het methodologisch beste onderzoek is van Meyer e.a. (1999). In dit onderzoek werden 46 klinische patiënten (waarvan 56% gedwongen opgenomen, 24% met dwangmedicatie, 26% met separatie) na één week en na acht weken opname met semigestructureerde interviews voor posttraumatische symptomen en psychotische klachten (*positive and negative syndrome scale*, PANSS) onderzocht. Tevens werden aard en omvang van dwangmaatregelen vastgesteld. Bij 11% van de patiënten werd PTSD gediagnosticeerd, waarbij 69% van de posttraumatische symptomen samenhangen met de psychose en slechts 11% met de opname. Geen van de patiënten kreeg de diagnose PTSD uitsluitend op basis van trauma door de behandeling en/of opname. De grootste risicofactor voor het ontwikkelen van PTSD was een hoge PANSS-score in de achtste week (vooral achterdocht of vervolging, hallucinaties, actieve sociale vermijding, emotionele teruggetrokkenheid, spanning en opwindig). Gedwongen opgenomen patiënten bleken niet meer getraumatiseerd dan vrijwillig opgenomen patiënten. Uitgaansverbod, dwangmedicatie, separatie of andere dwangmaatregelen bleken niet significant gecorreleerd met de totale traumatisering. Ook binnen de subgroep van gedwongen opgenomen patiënten bleek slechts de PANSS-score en niet het aantal van dwangmaatregelen significant te correleren met traumatische symptomen.

Conclusie 19

Geen enkel onderzoek vindt een significante correlatie tussen dwangopname of medicamenteuze dwangbehandeling en posttraumatische klachten (bewijskrachtniveau 2). Twee onderzoeken die patiënten tijdens of aan het eind van hun opname onderzochten, en daarbij ook de impact van de opname/behandeling en de psychose in kaart brachten, wijzen op een correlatie van traumatisering met de psychose zelf en minder met dwangmedicatie of -opname of medicatiebijwerkingen (bewijskrachtniveau 3). Bij de afweging van nut en schade van dwangbehandeling met medicatie of ECT zal meestal de mogelijkheid van posttraumatische klachten ten gevolge van (voortdurende) psychotische ervaringen en hospitalisatie, separatie of fixatie zwaarder wegen dan de niet aangetoonde mogelijke schade door dwangopname of dwangbehandeling. De afweging tussen voor- en nadelen voor de patiënt is niet wezenlijk anders dan bij andere medische behandelingen.

Snelle medicamenteuze behandeling van de psychose kan daarom mogelijk de kans op traumatisering verkleinen door vermindering van het risico en de duur van psychotische ervaringen, opname, separatie en fixatie. Het in hoofdstuk 4, paragraaf 2.3 besproken onderzoek van Hoge e.a. (1990) laat

zien dat medicatieweigering geassocieerd is met een significant langere opname, met significant vaker gebruik van separatie, fixatie en noodmedicatie. Ook in Nederlands onderzoek worden aanwijzingen gevonden dat gebruik van antipsychotica bij opgenomen psychotische patiënten de tijd tot separatie verlengt (Stolker e.a., 2003).

4.3 Is er een alternatief voor dwangbehandeling met psychofarmaca of ECT?

Separatie of fixatie kan soms een alternatief zijn voor gedwongen medicatietoediening. Maar het zal dan meestal gaan om noodmedicatie bij opwindings toestanden, die alleen tijdelijke beveiliging behoeven. Separatie is geen echt alternatief voor dwangbehandeling van een psychose of een depressie; voor de effectiviteit ervan ontbreekt elk wetenschappelijk bewijs (zie ook paragraaf 7.1). Dat betekent niet dat separatie (noodgedwongen) geen onderdeel van het behandelingsplan kan zijn, bijvoorbeeld indien medicatie onvoldoende werkzaam is om het gevaar terug te dringen. De beruchte separaties van excessief lange duur kunnen daarvan een gevolg zijn. De keuze tussen noodmedicatie of dwangmedicatie versus separatie wordt besproken in paragraaf 7. Dat geldt ook voor de problemen bij separatie als onderdeel van een behandelplan, een en ander om doublures te voorkomen.

4.4 Uitvoerbaarheid van dwangbehandeling met medicatie of ECT

Een laatste aspect bij psychiatrische dwangbehandeling met medicatie of ECT is de uitvoerbaarheid (Sno & Schuitemaker, 2000). Deze hangt behalve van de beschikbaarheid van geëigende middelen (zie hiervoor bijlage 5) ook ervan af of verwacht kan worden dat de patiënt na een (korte) dwangbehandeling vervolgens vrijwillig of onder drang aan de behandeling meewerkt, of dat de behandeling na een korte tijd vanwege therapie succes gestopt kan worden. Afgezien van depotpreparaten moeten andere injectievloeistoffen dagelijks worden toegediend. Langdurige behandeling kan door infiltraten op de injectieplekken onmogelijk worden.

Of de patiënt zich duurzaam tegen de dwangbehandeling verzet, zal naast de bejegening en de door de patiënt bij de arts waargenomen overtuiging over de juistheid van de beslissing ook afhangen van de persoonlijkheid van de patiënt en de toepassing van dwang of inperking op andere gebieden dan de biologische behandeling. Het is daarom aan te bevelen de patiënt zoveel mogelijk uit te leggen waartoe de dwangbehandeling dient en wanneer deze gestopt kan worden. Respectvolle bejegening, uitleg over achtergrond en legitimatie van de maatregel zijn in onderzoek van groot belang gebleken voor de beleving en de acceptatie van de toegepaste dwang door de patiënt (zie hoofdstuk 4, paragraaf 2.2). Bovendien is het raadzaam de patiënt op zo veel mogelijk andere gebieden zeggenschap te geven.

Daardoor wordt het gevaar verkleind dat de patiënt protesteert en de behandeling en verzorging tegenwerkt. De behandelend arts moet daarom bij de indicatiestelling voor dwangbehandeling ook afwegen hoe groot hierdoor het risico op een beschadiging van de samenwerking met de betreffende individuele patiënt op de lange termijn is en wat de toekomstige gevolgen voor de compliance met medicatie zullen zijn. In het algemeen wordt de therapietrouw echter door dwangbehandeling niet negatief beïnvloed (zie hoofdstuk 7.4.3).

4.5 Medische standaard is binnen wettelijke grenzen maatgevend

De arts beziet prognose, indicaties en contra-indicaties voor behandelen en het risico van niet behandelen. Hij wil de patiënt optimaal behandelen om nadelen van de ziekte te voorkómen en de prognose te verbeteren. Toch dient hij zich te houden aan de juridische speelruimte. Het bestwilcriterium geeft de arts dus geen extra speelruimte; het kan wel motiveren om binnen de wettelijke mogelijkheden zo effectief mogelijk de ziekte te behandelen. Zo zal men bij gelijke acute werkzaamheid bij noodmedicatie kiezen voor die medicatie die tevens de onderliggende stoornis zo effectief mogelijk bestrijdt. In sommige omstandigheden is binnen de huidige wetgeving het met dwang nastreven van gezondheidswinst niet toegestaan. Zo zijn tot op heden het voorkómen van toekomstig gevaar of het haalbaar maken van resocialisatie, formeel nog geen gronden voor dwangbehandeling. Dit is echter aan het veranderen (zie hoofdstuk 9, paragraaf 3.2). De vraag bij gedwongen behandeling zal vaak zijn: ‘Hoe zou ik deze patiënt behandelen indien hij daartoe wel gemotiveerd was?’ In jurisprudentie en wetgeving van andere landen speelt deze vraag vaak een dominante rol; de arts is dan verplicht om de state of the art-behandeling aan te bieden. Dit sluit ook goed aan bij het principe van doelmatigheid dat ook volgens de Nederlandse wet naast subsidiariteit en proportionaliteit richtinggevend moet zijn. Zodoende is in de situatie van artikel 38 lid 5 de medische standaard maatgevend voor de vraag welke behandeling wel en welke niet kan worden uitgevoerd.

In de Wet Bopz is niet duidelijk geregeld voor welke duur een besluit tot dwangmedicatie kan gelden. Vooral is niet duidelijk of bij depotmedicatie telkens opnieuw voor ieder depot een nieuw besluit ex artikel 38 lid 5 nodig is, of dat met één besluit een langere episode kan worden gedekt. In bepaalde gevallen geeft een klachtencommissie bepaalde termijnen aan. Vaak wordt na een bepaald verloop van tijd een second opinion wenselijk of noodzakelijk geacht. Wetswijziging 30.492, aangenomen per 1 juni (zie 7.3.2 en 7.3.4 en bijlage 11) voorziet te zijner tijd in een andere rol van de geneesheer-directeur. Bij langer durende dwangbehandeling zal hij zelf daartoe het besluit moeten nemen.

Conclusie 20

Dwangbehandeling met psychofarmaca en ECT is technisch uitvoerbaar. De richtlijncommissie benadrukt dat de gronden voor dwangbehandeling feitelijk in eerste instantie juridisch bepaald worden. Wanneer deze gronden geacht worden aanwezig te zijn zal de medische standaard maatgevend zijn voor de vraag welke behandeling wordt uitgevoerd.

Aanbeveling 21

Gezien de gegevens over effectiviteit, veiligheid en proportionaliteit dient men de argumenten voor de indicatie voor gedwongen behandeling met antipsychotische medicatie op dezelfde wijze te wegen als bij het voorstel voor een vrijwillige behandeling.

5 Medisch handelen bij niet instemmen met behandeling van somatische aandoeningen

Zoals in hoofdstuk 5 al aan de orde kwam, rechtvaardigt de Wet Bopz geen dwangbehandeling van een somatische ziekte, hooguit die van een psychiatrische stoornis die de oorzaak is van de weigering van de behandeling van een somatische ziekte, als tenminste door deze weigering gevaar in de zin van de Wet Bopz ontstaat. Op deze wijze kan men proberen eerst de wilsbekwaamheid van iemand ter zake van zijn somatische ziekte te herstellen, in de hoop dat hij dan alsnog toestemming voor behandeling geeft. De commissie beveelt aan om, als de omstandigheden het toelaten, vanuit het principe der subsidiariteit eerst deze weg te volgen, alvorens direct met somatische dwangbehandeling aan te vangen. Uitgangspunt van zowel de Wet Bopz als de wGBO is de zelfbeschikking van de patiënt. In principe is alleen behandeling mogelijk na informeren en toestemming (*informed consent*) van de patiënt of diens vertegenwoordiger. Is er geen toestemming, dan volgt in principe ook geen behandeling; uitzonderingen daargelaten zoals noodsituatie en dwangbehandeling.

De wGBO is een algemene wet die geldt indien een geneeskundige behandelingsovereenkomst is gesloten. De geneeskundige behandeling is niet beperkt tot somatische behandelingen; strikt genomen vallen ook psychiatrische behandelingen onder de regels van de wGBO, zeker waar het vrijwillige behandeling betreft. Als regel hanteert de IGZ echter voor een gedwongen behandeling van een psychische stoornis dat de patiënt onder de Wet Bopz moet worden gebracht omdat die een betere rechtsbescherming biedt dan de wGBO. De wGBO is patiëntvolgend, onafhankelijk van de locatie waar de patiënt verblijft. Geneeskundige behandeling is niet beperkt tot de verrichtingen van een arts: ook aanpalende handelingen

van verpleegkundigen, verzorgenden en soms zelfs van maatschappelijk werkenden vallen onder de bepalingen van de WGBO. Alle handelingen van een arts en een psychotherapeut (of deze arts of psycholoog is maakt niet uit) vallen onder de reikwijdte van de WGBO.

De Wet Bopz is een specifieke wet, die geldt voor Wet Bopz-opgenomen patiënten in een Wet Bopz-aangemerkte instelling. De Wet Bopz ziet toe op opname, verblijf en behandeling van de geestesstoornis die patiënt gevaar doet veroorzaken. Indien behandeling plaats moet vinden die valt buiten het begrip 'geestesstoornis waardoor de patiënt gevaar veroorzaakt' vindt de behandeling plaats volgens de regels van de WGBO: zowel overige psychiatrische behandelingen als somatische behandelingen. De Wet Bopz is een locatiegebonden wet. Wanneer de Wet Bopz een zaak ongeregeld laat, is de WGBO van toepassing voor dat onderwerp. In het algemeen geldt dat patiënten die opgenomen zijn voor een somatische aandoening in het psychiatrische ziekenhuis of algemeen ziekenhuis onder de volgende voorwaarden gedwongen kunnen worden behandeld in het kader van de WGBO.

- De patiënt is wilsonbekwaam.
- Het gaat om een behandeling van ingrijpende aard, kennelijk noodzakelijk ter afwending van ernstig nadeel voor de patiënt zelf.
- De vertegenwoordiger stemt in met de behandeling. Indien deze weigert, kan de behandeling toch worden uitgevoerd indien de plicht van een 'goed hulpverlener' dat eist.

Deze voorwaarden gelden ook voor de Wet Bopz-opgenomen patiënt die ten gevolge van zijn geestesstoornis behandeling van de somatische ziekte weigert. Ook hier is doorslaggevend of de patiënt wilsbekwaam is wat betreft de voorgestelde behandeling van de somatische ziekte. Aan de bepaling van de wilsbekwaamheid moet in alle gevallen zorgvuldig aandacht geschonken worden. Een tevens bestaande psychische stoornis die invloed heeft op de bereidheid zich te laten behandelen is in dit kader uitsluitend van belang voor zover deze psychische stoornis invloed heeft op de wilsbekwaamheid ter zake.

Behandeling zonder dat informed consent van de patiënt of de vertegenwoordiger is verkregen, is geoorloofd in een spoedeisende noodsituatie, waarin onmiddellijk goed hulpverlenerschap vereist is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen: een situatie met acuut levensgevaar die ingrijpen zonder uitstel vereist (bijvoorbeeld maagspoelen van een patiënt die een suïcidepoging met een onbekend aantal medicijnen heeft gedaan). Wanneer de patiënt door de behandeling in zijn vrijheid wordt beperkt, is dat tijdelijk mogelijk; wordt de patiënt door de dwangbehandeling voor langere tijd zijn vrijheid ontnomen, dan is een Wet Bopz-maatregel noodzakelijk. Legemaate beveelt aan de overgang tussen vrijheidsbeperking en vrijheidsbeneming als een continuüm te zien (Legemaate, 2004). Er zijn

geen wettelijk vastgelegde ondubbelzinnige criteria voor de overgang van het een in het ander. Fixatie tijdens de behandeling van een delier kan beschouwd worden als een vorm van vrijheidsbeperking, zoals ook het voorkomen dat de delirante patiënt van de afdeling wegloopt door een deur op slot te doen. Dat wordt anders indien het situaties zijn die wekenlang onafgebroken voortgezet moeten worden. Al met al gaat het dus om een proces dat vrijwel dagelijkse evaluatie vereist om ongewenste en niet legitieme ontwikkelingen te voorkomen.

Aanbeveling 22

De toepassing van dwang in het kader van de WGBO dient frequent te worden geëvalueerd (bij voorkeur dagelijks) en grondig gedocumenteerd. Wils(on)bekwaamheid ter zake moet goed worden gedocumenteerd.

6 Het toepassen van middelen of maatregelen (artikel 39)

In een aantal situaties blijkt men niet in staat tijdig een behandelingsplan op te stellen. Veelal heeft dat te maken met gebrek aan tijd. Bijvoorbeeld direct bij opname heeft men nog niet de gelegenheid gehad voor overleg met de verschillende partijen en is men nog niet in staat geweest om de motieven en achtergronden van een voorgesteld plan toe te lichten. Bij aanwezigheid van een behandelingsplan kan opeens een niet voorziene gevaarlijke situatie ontstaan. In al deze situaties biedt artikel 39 de ruimte om gedwongen interventies in het kader van een noodsituatie toe te passen om gevaar af te wenden. Deze dwang ex artikel 39 kan alleen worden toegepast in noodsituaties die niet voorzien zijn in het behandelingsplan. Zij mag niet langer dan zeven dagen worden toegepast. Daarna moet, indien de maatregelen geheel of gedeeltelijk moeten worden voortgezet, een (nieuw) behandelingsplan worden opgesteld, waarin deze zo nodig zijn opgenomen. Zij moeten direct gemeld worden aan de geneesheer-directeur die de IGZ informeert, en aan de wettelijk vertegenwoordiger en de meest betrokken naasten van de patiënt.

Artikel 39 geeft als grond voor middelen of maatregelen: ‘Ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties, welke door de patiënt in het ziekenhuis als gevolg van de stoornis van geestvermogens worden veroorzaakt’. Hierbij gelden de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. De in te zetten interventie moet voor de betrokken patiënt het minst ingrijpend zijn: voor de een is dat noodmedicatie, voor de ander juist separatie. De ingezette dwang moet daadwerkelijk het gevreesde gevaar kunnen afwenden. In tegenstelling tot het gebruik van gedwongen interventies in het kader van een dwangbehandelingsplan, zijn de te gebruiken interventies in

noodsituaties door de Wet Bopz gelimiteerd. Het gaat om:

- afzondering;
- separatie;
- fixatie;
- medicatie;
- toediening van vocht of voeding.

De commissie heeft besloten zich in deze richtlijn niet in detail bezig te gaan houden met alle uitvoeringsaspecten van de diverse middelen en maatregelen. Niet omdat dit onbelangrijke aspecten van de dwangtoepassing zouden zijn. Verre van dat. Veel patiënten herinneren zich juist deze aspecten in het bijzonder van een gedwongen opname, en dat op een vaak pijnlijke wijze.

De argumenten voor deze inperking van de werkzaamheden van de commissie zijn drieërlei. In de eerste plaats moest zij zich overeenkomstig haar opdracht primair bezighouden met de besluitvorming over dwang. In de tweede plaats zou het niet goed mogelijk zijn met een voornamelijk monodisciplinair samengestelde commissie een bij uitstek multidisciplinair thema adequaat te behandelen. Vooral de verpleegkundige discipline moet in een dergelijke commissie een belangrijke rol spelen. Maar die niet alleen. Immers, in de derde plaats raakt een adequate behandeling van dit thema aan het probleem van de preventie van agressief gedrag in ggz-instellingen en daarmee van de materiële en personele organisatie daarvan.

De commissie acht het daarom noodzakelijk om de instelling van een multidisciplinaire richtlijncommissie te bepleiten, die als opdracht krijgt richtlijnen te ontwikkelen voor de toepassing van intramurale dwang in de psychiatrie, met daarbij veel aandacht voor de preventie van agressief gedrag in ggz-instellingen. Over de besluitvorming over de toepassing van middelen en maatregelen is de commissie van mening dat die uiteindelijk onverkort bij de behandelend of superviserend psychiater ligt. In de praktijk zal dat betekenen dat deze achteraf soms een door andere disciplines (meestal de verpleegkundigen) onder druk van de omstandigheden genomen besluit fiatteert. Dat is op zichzelf in het kader van de professionele standaard, de kwaliteitseisen en de wettelijke voorschriften verantwoord, al dient men er wel naar te streven dit soort maatregelen zoveel mogelijk in (desnoods telefonisch) overleg met de uiteindelijk verantwoordelijke te nemen. Maar de commissie acht het noodzakelijk de directe betrokkenheid van de psychiater bij het toepassen van middelen of maatregelen te onderstrepen. Zijn verantwoordelijkheid voor de besluitvorming over de toepassing daarvan is niet minder dan die voor de dwangbehandeling. Ook is het zijn verantwoordelijkheid het besluit te melden aan de geneesheer-directeur. De commissie verwijst met instemming naar de recentelijk door Spijker e.a. (2005) geformuleerde tien aanbevelingen over de rol van de psychiater bij separeren.

Aanbeveling 23

De psychiater draagt voor de besluitvorming over de toepassing van middelen of maatregelen in het kader van de Wet Bopz dezelfde verantwoordelijkheid als voor die over dwangbehandeling. Dit dient in de diverse procedures binnen een instelling herkenbaar te zijn.

7 Medisch handelen in het kader van middelen en maatregelen

7.1 Separatie

Het zonder toestemming van de patiënt opsluiten in een speciaal daarvoor ingerichte kamer (met matras of vastgeklonken bed en verder zonder meubilair of sanitair) is verreweg de meest voorkomende gedwongen interventie in de Nederlandse ggz. In 2006 werden 1.316 perioden van separatie gemeld in kader van dwangbehandeling en 4.620 perioden van separatie in kader van noodsituaties (*Tabellenboek Wet Bopz 2002-2006*: IGZ, 2007).

Waarbij zij aangegeven dat het daadwerkelijke aantal toegepaste separaties naar waarschijnlijkheid vele malen groter is (Lendemeijer, Abma & Widdershoven, 2005).

In het kader van een noodsituatie kan de periode van separatie ten hoogste zeven opeenvolgende dagen worden toegepast, al dan niet onderbroken in verband met activiteiten zoals lichamelijke verzorging of andere in het kader van een separeerprogramma. In het kader van een behandlingsplan kan de duur veel langer zijn dan zeven dagen. In internationaal perspectief zijn voor de frequentie en duur van deze interventie geen bewezen effectieve normen te vinden. Vooral het alleen laten van ernstig zieke cliënten tijdens een dergelijke interventie en de ongelimiteerde lengte ervan roept vele vragen op. Het therapeutische effect (positieve effecten op het ziektebeeld) van deze interventie is discutabel. In internationale literatuur zijn nauwelijks aanwijzingen te vinden voor de therapeutische effecten van 'prikkelarme omgeving' of 'externe impulscontrole' (Muralidharan & Fenton, 2006; Gaskin, Elsom & Happell, 2007).

De literatuur is slecht eenduidig over het direct beschermende effect van deze interventie. Het blijkt een probaat middel om zowel (mede)cliënten en medecliënten te beschermen tegen gevaarlijke situaties al som de noodzakelijk geachte rust en structuur op de afdelingen te waarborgen. Daarmee lijkt het gebruik van gedwongen separatie eerder een adequate interventie in het kader van controle en beheersing van gevaarlijk en ontregelend gedrag op de afdeling dan een effectieve therapeutische interventie in kader van psychiatrische behandeling van individuele patiënten. Daarbij komt dat – in tegenstelling tot bij gedwongen medicatie – er toenemende

publicaties zijn over het ontstaan van traumagerelateerde psychische klachten en posttraumatische stressstoornissen als gevolg van separatie. Van belang is nog te bedenken, dat als men afgaat op de eisen die de Wet Bopz stelt voor het toepassen van middelen en maatregelen uitsluitend het bieden van rust en structuur geen grond is voor gedwongen separatie. Dat geldt ook voor het toepassen van separatie als onderdeel van een behandeling. Men kiest daar als behandelaar niet voor; men wordt er soms toe gedwongen vanwege de noodzaak van beveiliging. Maar men kan er nooit vrede mee hebben: het betekent dat de behandeling is vastgelopen, en dat een second opinion op zijn plaats is.

Aanbeveling 24

In het geval van separatie van langere duur (langer dan een week) moet een onafhankelijke consultatie (second opinion door een onafhankelijk psychiater of geneesheer-directeur) over mogelijkheden van de-escalatie en bekorting van separatieduur gevraagd worden.

7.2 Medicatie

Het gedwongen toedienen van medicatie komt in vergelijking met separatie minder voor. Uit het *Tabellenboek Wet Bopz 2002-2006* van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 2007) blijkt dat er in 2006 1.163 maal dwangmedicatie verstrekt werd in het kader van dwangbehandeling, en dat er 1.275 maal dwangmedicatie verstrekt werd in kader van noodsituaties. In praktische zin is hier naar alle waarschijnlijkheid sprake van onderrapportage. De omvang daarvan is onduidelijk.

Uit de cijfers van het *Tabellenboek Wet Bopz 2002-2006* blijkt dat er inmiddels een verschuiving heeft plaatsgevonden van separatie naar dwangmedicatie. De Wet Bopz geeft geen rangorde aan in separatie of medicatie. Er lijkt in de praktijk een voorkeur te zijn om in situaties waarbij sprake is van gevaar in eerste instantie te kiezen voor een interventie als separatie en pas in tweede instantie (of als gelijktijdige maatregel) voor gedwongen medicamenteuze behandeling. Argumenten hiervoor waren tot vrij recentelijk niet zozeer gelegen in therapeutische overwegingen. Toenemend groeit dan ook het inzicht dat – indien mogelijk – medicamenteuze interventie de voorkeur heeft omdat separatie geen therapeutische werkzaamheid heeft. De voorkeur voor medicatie boven separatie geldt vooral wanneer daardoor een dubbele interventie (separatie mét medicatie) kan worden voorkómen.

Artikel 39 laat wel de ruimte om dwangmedicatie als enige interventie toe te passen. Met eerdere medicatie kan waarschijnlijk het gebruik van separaerverpleging worden teruggedrongen (Stolker e.a., 2003). Indien er binnen een noodsituatie de mogelijkheid bestaat om deze door noodmedicatie zónder separatie op veilige wijze te overbruggen, kan dit verkieslijk zijn. In

een aantal gevallen zal de weging toch uitvallen in het voordeel van separatie. Dat kan gaan om directe beveiligingsnoodzaak, maar ook wanneer op grond van eigen ervaring van de patiënt (via bijvoorbeeld een formele zelfbinding, een crisiskaart of door een aantekening na eerdere separatie in het patiëntendossier) de voorkeur vastligt eventuele decompensaties op deze manier tegemoet te treden.

Er is enig onderzoek gedaan naar de voorkeur van patiënten. Een literatuuronderzoek in Pubmed met de termen: 'seclusion OR restraint OR chemical restraint'; 'psychosis OR agitation'; 'preference', die vervolgens met de booleaanse operator 'AND' werden gecombineerd, leverde drie publicaties op waarvan één niet het gezochte thema betrof. Bij een anonieme bevraging in de Verenigde Staten gaf 64% van de patiënten een voorkeur aan voor dwangmedicatie boven separatie of fixatie (Sheline & Nelson, 1993). Het tweede artikel betrof een systematische review over behandeling van geagiteerde patiënten (Allen, 2000). Het enige in deze publicatie geciteerde artikel over patiëntenvoorkeur was het onderzoek van Sheline en Nelson, 1993.

Het systematische literatuuronderzoek van Van de Ven-Dijkman e.a. (2006) voegde nog een tweede onderzoek toe (Sorgaard, 2004). Van twee acute opnameafdelingen werden 190 patiënten middels vragenlijsten geïnterviewd over tevredenheid en ervaren dwang tijdens de opname en talrijke factoren die hierop invloed kunnen hebben. Van hen 52% gaf aan gedwongen opgenomen te zijn, 16% gesepareerd geweest te zijn en 47% gedwongen medicatie te hebben gekregen (vermoedelijk betreft het overwegend dwangmedicatie en minder vaak noodmedicatie). In een multiële regressieanalyse bleek separatie veruit de belangrijkste voorspeller voor ervaren dwang. Separatie verklaarde 46% van de variantie. In het totale model werd dwangmedicatie als te onbelangrijk niet meer opgenomen. Ook als uitsluitend de niet gesepareerde patiënten werden geanalyseerd, was dwangmedicatie slechts een onbeduidende voorspeller voor ervaren dwang. Dwangmedicatie verklaarde slechts 3% van de variantie, terwijl 'De contactpersoon begreep mijn problemen' 14% en 'invloed op het behandelplan' 4% van de variantie verklaarde. De auteurs concluderen dan ook: 'Van de twee hoofdtypen van dwang bij de psychiatrische zorg – dwangbehandeling en maatregelen om gedrag te controleren – waren interventies die primair gericht waren op gedragscontrole sterker gerelateerd aan ervaren dwang dan aspecten van dwangbehandeling.'

Handmatig zoeken en informeren bij deskundigen spoorde tot slot nog een Nederlands onderzoek op (Welles, 2006). In Nederland blijkt de voorkeur te correleren met de leeftijd. Bij opgenomen patiënten onder de 25 jaar die contact zoeken met de patiëntenvertrouwenspersoon (PVP), heeft 62% een voorkeur voor dwangmedicatie boven separatie. Bij de patiënten van 25 tot 44 jaar is dat 52%, en bij patiënten boven 44 jaar 45%. In de steekproef

waren langdurig opgenomen patiënten met een RM, die vermoedelijk geen ziekte-inzicht hebben, oververtegenwoordigd.

Voor de praktijk betekent de uitkomst van deze onderzoeken dat de mening van de patiënt, zeker in wilsbekwame toestand, een belangrijke factor is. Als deze separatie verkiest boven noodmedicatie, kan men daarin meegaan, tenzij deze schadelijk is of gevaar oplevert. Het is echter belangrijk zich de relatieve nadelen van separatie te realiseren en die ook te communiceren. De periode van separatie kan in de tot dusver bekende praktijk variëren van dertig minuten tot een jaar (in het kader van een behandelplan). De Wet Bopz geeft geen aanwijzingen voor de maximale duur van deze interventie. Hierbij moet worden bedacht dat bewijs van effectiviteit voor de interventies separatie en fixatie ontbreekt, terwijl deze ingrepen potentieel gevaarlijk zijn (National Institute for Clinical Excellence, 2005). Ook is het relatieve gevaar ten opzicht van noodmedicatie of medicamenteuze dwangbehandeling onbekend. Separatie, fixatie en noodmedicatie zijn slechts beheersmaatregelen en geen primaire behandeling.

Conclusie 21

Op basis van de gegevens uit de literatuur kan separatie alleen een alternatief zijn voor noodmedicatie, niet voor een gedwongen medicamenteuze behandeling.

Aanbeveling 25

Bij de besluitvorming over separatie of medicatie bij de toepassing van middelen en maatregelen zal vooral ook de mening van de patiënt in psychisch gezonde en wilsbekwame toestand moeten worden meegewogen. Als bij een patiënt de voorkeur voor separatie boven dwangmedicatie (noodmedicatie) bekend is, kan separatie eerst worden geprobeerd, mits niet medisch zinloos (namelijk als alternatief voor medicamenteuze dwangbehandeling) of schadelijk.

Inmiddels loopt vanuit GGZ Nederland met subsidie van vws een groot landelijk project waarbij multidisciplinair wordt gepoogd om separaties en andere vormen van drang en dwang terug te dringen. De richtlijncommissie acht het van het grootste belang dat psychiaters hierin actief participeren, vooral gericht op eigen unieke lokale omstandigheden en doelgroepen. Zij acht het ook binnen de huidige wet mogelijk dat separatie aanzienlijk verder wordt teruggedrongen.

In een recente review van de literatuur over maatregelen om separatie terug te dringen wordt erop gewezen dat er weliswaar geen evidence gevonden wordt in RCT's voor de werkzaamheid van deze maatregelen, maar dat als je ook andere onderzoeken meeneemt, er wel degelijk aanwijzingen zijn

dat combinaties van maatregelen zinvol kunnen zijn bij het terugdringen van separaties (Gaskin, Elsom & Happell, 2007; Muralidharan & Fenton, 2006). In dat verband is het aan te bevelen de toepassing van middelen en maatregelen steeds kritisch te evalueren.

De richtlijncommissie ziet de in sommige ziekenhuizen bestaande evaluatie van iedere middelen en maatregelen door psychiater en verpleegkundigen samen met de betreffende patiënt als een belangrijke ontwikkeling. Niet alleen kunnen daardoor de relaties weer zo nodig hersteld worden, maar het kan ook aanwijzingen bieden voor preventie van of desnoods betere uitvoering van volgende middelen en maatregelen. Men kan zich bijvoorbeeld afvragen of een bijstelling van het behandelingsplan geen preventieve werking zou kunnen hebben. Vooral als de toepassing van middelen en maatregelen door gevaarlijk gedrag dat rechtstreeks samenhangt met het niet behandeld worden van de stoornis, op de korte termijn te voorzien is, moet ook de optie medicamenteuze dwangbehandeling worden overwogen, dit ook gezien de conclusies 4, 16 en 17.

Aanbeveling 26

Bij patiënten bij wie middelen en maatregelen worden toegepast, dient het behandelplan altijd geëvalueerd te worden. De mogelijkheden van medicamenteuze (dwang)behandeling moeten dan overwogen worden, om een volgende vrijheidsbenemende controlemaatregel mogelijk te kunnen voorkomen.

7.3 Afzondering, fixatie en toediening van vocht of voeding

Afzondering is het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde eenpersoonskamer. In 2006 werd deze maatregel 376 maal geregistreerd in het kader van dwangbehandeling en 594 maal in het kader van een noodsituatie (*Tabellenboek Wet Bopz 2002-2006*: IGZ, 2007). Buiten de wettelijke regelingen om bestaat er nog altijd in veel psychiatrische ziekenhuizen de gewoonte om patiënten op hun eigen verzoek te separeren. De richtlijncommissie zet bij deze praktijk grote vraagtekens. Het is de vraag of deze methode niet stamt uit de episode van 'zaalverpleging' zonder voldoende eenpersoonskamers. Te pleiten valt voor een goede outillage van (gesloten) afdelingen met voldoende eenpersoonskamers en eventueel een afzonderingskamer (een prikkelarm ingerichte eenpersoonskamer). Tegenwoordig wordt onderzoek gedaan naar zogeheten *comfortrooms*, een plezierig ingerichte ruimte waar de eventueel geagiteerde patiënt zich even kan terugtrekken, in veel gevallen samen met een hulpverlener.

Vaak zal de zelfverkozen afzondering beter kunnen worden vervangen door intensivering van verpleegkundige aandacht. Ook werken op enkele klinieken reeds ervaringsdeskundigen die juist door hun eigen ervaring een

ander contact met de patiënt kunnen leggen en soms beter de brug naar de patiënt kunnen slaan. Indien men overgaat tot gedwongen 'afzondering' in de zin van de Wet Bopz artikel 39, dat wil zeggen in een speciaal daarvoor ingerichte eenpersoonskamer, is het wel van belang dat men zich ervan vergewist of voldaan wordt aan de toelichting bij de wet, waarin benadrukt wordt dat op een of ander manier voorzien wordt in een 'doorlopend toezicht'.

In het *Vademecum* van GGZ Nederland (1999) wordt nog een nuttig onderscheid gemaakt tussen twee vormen van afzondering, namelijk de 'gewone' en de 'begeleide afzondering'. De laatste vindt plaats tezamen met een vertrouwde hulpverlener, en wordt soms toegepast bij kortdurende angst- en spanningstoestanden en reactieve depressieve reacties, waarbij verwacht mag worden, dat de aanwezigheid van een vertrouwde hulpverlener angstreducerend en probleemoplossend werkt.

Onder fixatie wordt verstaan: 'het op enigerlei wijze beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden.' Het gaat daarbij om directe lichamelijke beperkingen. In de *Nota van toelichting* bij het *Besluit middelen en maatregelen* staat te lezen: 'Indicatie tot fixeren bestaat bij heftige psychomotore onrust, bij ernstige impulsiviteit of niet te bedwingen neigingen tot zelfdestructie waarbij andere methoden geen soelaas bieden. Bij psychogeriatrische patiënten is fixatie vooral aangewezen bij grote risico's ten gevolge van de impuls tot dwalen.' In het algemeen wordt door de inspectie aangeraden zeer terughoudend te zijn met deze maatregel. Deze moet in principe als vermijdbaar worden beschouwd. In het genoemde referentiekader wordt naar de mening van de commissie terecht gewezen op de noodzaak van een direct doorlopend verpleegkundig toezicht vanwege het gevaar van ernstige beschadiging van de patiënt door de gebruikte middelen. In het ernstigste geval kan de patiënt zich zelfs stranguleren. Verder wordt er nog gewezen op de noodzaak iemand niet te fixeren in de aanwezigheid van andere patiënten, het is tenslotte een nogal beschamende belevenis.

Het toedienen van vocht en voeding is inhoudelijk gezien volgens Widdershoven (Dijkers & Widdershoven, 2000) ten onrechte ondergebracht bij de middelen en maatregelen: heel vaak zal het ook in het kader van de WGBO toegepast kunnen worden. Ten slotte heeft men het leegpompen van de maag of het hechten van een wond ten gevolge van automutilatie of een suïcidepoging ook niet onder de Wet Bopz gebracht. Hij schrijft: 'Naar de diepere gedachte achter de gemaakte keuzen is het gissen.' De commissie kan zich in deze uitspraak vinden.

8 Overige beperkende maatregelen

In het algemeen geldt volgens de commissie ook hier, dat de behandelend psychiater voor de in dit hoofdstuk te bespreken maatregelen dezelfde verantwoordelijkheid draagt als voor het initiëren van dwangbehandeling en/of middelen en maatregelen. Dat betekent niet dat altijd elke handeling van tevoren met hem besproken moet worden. Zij dienen echter wel door hem te worden gefiatteerd. In de meeste gevallen, vooral waar het gaat om maatregelen in het kader van artikel 40, zal de geneesheer-directeur op de hoogte moeten worden gesteld. Ook hier zal de behandelend psychiater op moeten treden als bestuursorgaan. Bij wilsonbekwame patiënten zal hij moeten overleggen met de wettelijk vertegenwoordiger.

8.1 Het afnemen van gevaarlijke voorwerpen, het fouilleren (artikel 36.3)

Een bijzondere maatregel bij opname of op een later tijdstip kan zijn het fouilleren op gevaarlijke voorwerpen. De gedwongen opgenomen patiënt kan daartoe ‘aan kleding en lichaam’ worden onderzocht. Van voorwerpen die worden afgenomen, ontvangt de patiënt een ontvangstbewijs. Verboden voorwerpen (wapens, drugs) worden anoniem aan de politie ter beschikking gesteld. Veel instellingen hebben hierover convenanten gesloten.

8.2 Het verblijf op de gesloten afdeling (artikel 40.3)

De gedwongen opname houdt niet automatisch in dat de patiënt wordt opgenomen op een gesloten afdeling. Daarvoor is een afzonderlijk besluit van de behandelend psychiater nodig. In artikel 40 lid 3 staan de gronden vermeld op grond waarvan het recht op bewegingsvrijheid in en om het ziekenhuis kan worden beperkt. Dit betreft risico van ernstige nadelige gevolgen voor gezondheidstoestand (bijvoorbeeld bij suicidegevaar, gevaar voor weglopen bij een verwarde persoon, enzovoort) of ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis of ter voorkoming van strafbare feiten. Van een dergelijke beperking moet de behandelaar de geneesheer-directeur op de hoogte stellen.

In de praktijk worden deze artikelen niet nageleefd. Dat zal vooral aan de orde zijn bij een onbekende patiënt die met een lastgeving tot inbewaringstelling in het ziekenhuis is opgenomen. De commissie acht dit gerechtvaardigd ingeval het beleid van de instelling is om onbekende patiënten met een lastgeving tot IBS te plaatsen in een gesloten afdeling vanwege de veiligheid van de patiënt zelf en van de andere patiënten. De behandelend arts besluit tot opname op de gesloten afdeling en tekent daarbij vaak geen motivering aan en meldt dit ook niet. Deze praktijk bergt echter risico's in zich, omdat er toch sprake is van beperking van vrijheden die vraagt om een formeel en gedocumenteerd besluit. In artikel 40 lid 6 wordt ook nog

gewezen op de hoorplicht die het 'bestuursorgaan' heeft volgens de Algemene wet bestuursrecht. Ook hier wordt in de praktijk vaak geen gevolg aan gegeven.

Aanbeveling 27

Maak een aantekening in het dossier over de beslissing de patiënt op de gesloten afdeling te plaatsen of anderszins ex artikel 40.3 in zijn bewegingsvrijheid te beperken, en vermeld de gronden voor verblijf op de gesloten afdeling. Overweeg van tevoren in hoeverre het nodig is de patiënt te horen, dan wel met de vertegenwoordiger te overleggen.

8.3 Het controleren van post, het beperken van bezoek en telefoon (artikel 40)

Poststukken kunnen in aanwezigheid van de gedwongen opgenomen patiënt worden gecontroleerd op meegezonden voorwerpen (dus niet op de inhoud van brieven). Bezoek en telefoonverkeer kan gemotiveerd worden beperkt 'indien van het bezoek ernstige nadelige gevolgen moeten worden gevreesd voor de gezondheidstoestand van de patiënt, ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis, of ter voorkoming van strafbare feiten'. Dit geldt overigens niet het bezoek van inspecteur, advocaat en dergelijke. Al dit soort beperkingen dient dus te worden gemotiveerd (zie artikel 40) en getoetst aan de beginselen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit en gemeld aan de geneesheer-directeur (artikel 40 lid 5). Ook hier geldt de in de Algemene wet bestuursrecht vastgelegde hoorplicht van het 'bestuursorgaan'. Ingeval van wilsonbekwame patiënten zal hierbij de vertegenwoordiger moeten worden gehoord.

8.4 Huisregels

In het Besluit rechtspositieregelen Wet Bopz mogen huisregels slechts beperkingen bevatten die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in het ziekenhuis. Dat limiteert de mogelijkheden om via de huisregels allerlei extra zaken te regelen. In de huisregels mogen bijvoorbeeld geen algemene beperkingen van de vrijheid worden geregeld. Zo kan bijvoorbeeld geen algemeen alcoholverbod worden geregeld via huisregels. Uitgebreide informatie hierover is beschikbaar via GGZ Nederland. Interessant is dat de derde evaluatiecommissie van de Wet Bopz stelt dat een verruiming van deze regeling wenselijk is. Zij vindt dat de huisregels ook regels moet kunnen bevatten om het therapeutische klimaat en de veiligheid binnen de afdeling te waarborgen, mits die noodzakelijk en proportioneel zijn. GGZ Nederland ontwerpt op dit moment algemene leveringsvoorwaarden waar hulpverleners en patiënten zich aan te houden hebben. De commissie kan zich hierin vinden.

9 Verlof

Volgens artikel 45 van de Wet Bopz kan de geneesheer-directeur aan een patiënt verlof verlenen. Indien een patiënt na zijn verlof of tijdens het uitoefenen van zijn recht op bewegingsvrijheid niet meer terugkomt naar de kliniek, is er sprake van 'ongeoorloofde afwezigheid'. Deze afwezigheid moet gemeld worden aan de geneesheer-directeur, de wettelijke vertegenwoordiger en de inspectie. Van belang is om op het moment van verdwijning de risico's in te schatten op gevaar voor patiënt (onder andere suïcide) of anderen, en om adequate maatregelen te nemen (familie informeren, eventueel huisbezoek, politie inlichten enzovoort). Voor het inschatten van gevaar kan gebruikgemaakt worden van richtlijnen en inschattingsmethoden die onder andere ontleend zijn aan de APA-richtlijn suïcide. Zie verder hoofdstuk 5, paragraaf 3.3.

Hoofdstuk 10

Opheffen Wet Bopz-maatregel en voorwaardelijk ontslag

De volgende vragen worden in dit hoofdstuk behandeld.

- 1 Hoe besluit men tot het beëindigen van dwangtoepassing? (Zie paragraaf 1.)
- 2 Wat is de indicatie voor een ontslag onder voorwaarden, en het intrekken ervan? (Zie paragraaf 2.)
- 3 Hoe kan men de afronding van een Wet Bopz-maatregel evalueren? (Zie paragraaf 3.)

1 Het beëindigen van een Wet Bopz-maatregel; ontslag

Voordat een Wet Bopz-machtiging kan worden verleend door de rechter, dient aan een aantal voorwaarden te zijn voldaan. Bij het beëindigen is dat anders. De geneesheer-directeur kan zonder tussenkomst van een onafhankelijk psychiater of de rechter een patiënt ontslag verlenen. De commissie beveelt aan dat de beslissing een Wet Bopz-maatregel op te heffen en een patiënt ontslag te verlenen, wordt genomen op advies van de behandelend psychiater. De geneesheer-directeur kan het nemen van de beslissing overigens mandateren aan die psychiater (zie ook *Handreiking (voorwaardelijk) ontslag*, GGZ Nederland, concept maart 2007). De gronden voor ontslag staan in artikel 48 van de Wet Bopz en zijn onder andere: niet langer gestoord of gevaarlijk zijn; het gevaar kan buiten de muren van de instelling worden afgewend; en het verstrijken van de duur van de machtiging. Bij het nemen van deze beslissing dienen de volgende aandachtspunten overwogen te worden:

- het huidige psychiatrische toestandbeeld, het ziektebesef en -inzicht;
- de effecten van de behandeling van de psychiatrische stoornis;
- de mate waarin het gevaar afgewend c.q. de kans op recidive vermindert is;
- de bereidheid van de patiënt om mee te werken aan behandeling.

Wanneer de psychiater twijfelt over het opheffen of verlengen van een Wet Bopz-maatregel is het wenselijk om de geneesheer-directeur of, in overleg met hem, een collega te raadplegen. Nadat een Wet Bopz-maatregel is opgeheven, verzekert de psychiater zich ervan dat de nazorg adequaat is

geregeld en er een goede verwijzing plaatsvindt. Tevens is het van belang om aandacht te besteden aan onderdak en financiën van de patiënt.

Aanbeveling 28

De beslissing om ontslag te verlenen of de machtiging te verlengen (of niet), dient altijd genomen te worden door de geneesheer-directeur op advies van een psychiater die deze beslissing motiveert en documenteert. In het geval twijfel wordt in overleg met de geneesheer-directeur een intercollegiaal overleg georganiseerd. De direct betrokkenen worden op de hoogte gesteld.

2 Ontslag onder voorwaarden; intrekken voorwaardelijk ontslag

Artikel 47 van de Wet Bopz voorziet in de mogelijkheid van een ‘ontslag onder voorwaarden’. Dit is een veelgebruikte maatregel, die in het verleden min of meer oneigenlijk is gebruikt om de zogeheten ‘paraplumachtiging’ mogelijk te maken. Volgens artikel 45 lid 3 moet de patiënt zich bereid verklaren de voorwaarden na te leven. De voorwaarden moeten gericht zijn op het afwenden van gevaar vanuit de stoornis. Zij moeten voldoen aan doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit, en zodanig dat opname gerechtvaardigd is bij het niet nakomen ervan. Vaak zal het gaan om het nakomen van afspraken met de behandelaars en het innemen van medicatie, maar het volgen van programmaonderdelen kan bijvoorbeeld ook als voorwaarde gesteld worden, mits het aan bovenstaande eisen voldoet. Voorts dienen van te voren de partner en/of familie en/of wettelijk vertegenwoordiger op de hoogte te worden gesteld.

Van belang is dat het intrekken van het ontslag onder voorwaarden door de geneesheer-directeur geschiedt, gehoord hebbende de toezichthoudende persoon of instelling. De geneesheer-directeur kan deze (voor de patiënt nadelige) beslissing niet mandateren aan een psychiater. De geneesheer-directeur heeft ook hier weer volgens de Algemene wet bestuursrecht hoorplicht en moet binnen vier dagen na zijn besluit dit schriftelijk aan de patiënt melden. Voor de praktijk is van belang dat het intrekken van het ontslag onder voorwaarden op verschillende manieren kan plaatsvinden. In de eerste plaats moet het worden ingetrokken indien er opnieuw gevaar dreigt in de zin van de Wet Bopz. In de tweede plaats kan het worden opgeheven omdat iemand de voorwaarden niet nakomt of op eigen verzoek. Het gevaar hoeft zich dan nog niet gemanifesteerd te hebben. De commissie wijst erop dat in haar ervaring te weinig gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid het ontslag in te trekken op grond van het niet naleven van de voorwaarden, waardoor veel situaties nodeloos escaleren.

Aanbeveling 29

Stel het intrekken van het ontslag onder voorwaarden niet uit tot een noodsituatie is ontstaan, maar volg in dezen een meer anticiperend beleid.

Een steeds vaker voorkomende vraag is of iemand met een ontslag onder voorwaarden naar het buitenland op vakantie mag gaan. Dat is volgens de wet niet verboden, maar men moet wel bedenken dat een heropname vanuit het buitenland niet is af te dwingen. Men doet er verstandig aan om, als het om therapeutische of andere redenen verstandig is te bewilligen in een dergelijk verzoek, afspraken met een hulpverlener ter plaatse te maken over het te voeren beleid. Natuurlijk moet men zich afvragen of, als men het verantwoord vindt zo iets toe te staan, de Wet Bopz-maatregel niet kan worden opgeheven. Het (voorwaardelijke) verlof en het (voorwaardelijke) ontslag dienen in het belang van de patiënt te zijn en dienen tevens verantwoord te zijn.

3 Het afronden van een Wet Bopz-maatregel: evalueren

In het dossier dient bij een beëindiging van een Bopz-maatregel een korte evaluatie van deze interventie te worden opgenomen. Wat heeft het voor effect gehad op het gevaar dat de patiënt voordien veroorzaakte, welk effect heeft het gehad op de stoornis van de patiënt en op de mogelijkheden voor verdere behandeling en de behandelrelatie? Zijn er specifieke leerpunten geweest die van belang zijn voor een eventuele volgende fase waarin een Bopz-maatregel wordt overwogen of aangewend? Daarbij is informatie van de patiënt van groot belang.

Nadat de in paragraaf 1 en 2 genoemde procedures zijn afgerond, verandert de relatie van de patiënt met de psychiater en het behandelteam in een meer natuurlijke vrijwillige behandelrelatie. Het kan ook zijn dat de patiënt de behandelrelatie wil verbreken. In beide gevallen lijkt het zinvol de afgelopen episode te evalueren samen met de patiënt. Daarbij gaat het om zijn beleving van de noodzaak van de toegepaste dwang, maar ook om zijn ervaring van de wijze van dwangtoepassing en de gekozen middelen. Dat kan belangrijke informatie bieden voor toekomstige preventie van dwang en (indien dwang toch opnieuw noodzakelijk zou worden) zoveel mogelijk rekening houden met specifieke wensen van de patiënt. Soms kan dit concrete aanvullingen op het behandelplan of op een crisiskaart opleveren. Daarnaast zal dit evaluatiegesprek ruimte kunnen bieden om eventuele negatieve ervaringen vanuit de patiënt toe te lichten en zodoende mogelijk ook de behandelrelatie te verbeteren. In dat gesprek kunnen heel wel overwegingen en reflecties vanuit de psychiater een plaats hebben: hoe hij

bepaalde afwegingen heeft gemaakt vanuit verschillende oogpunten, wat de wettelijke grenzen en mogelijkheden zijn geweest enzovoort. Een nauwgezette evaluatie kan leiden tot een verdere verfijning van de afspraken en informatie op de crisiskaart van de patiënt.

Een andere partij in de evaluatie van dwang zal met regelmaat de familie zijn. De beleving vanuit hun positie verschilt nogal eens. Vooral bestaat soms geen begrip voor het feit dat een maatregel op wettelijke gronden beëindigd dient te worden, terwijl de familie soms tijden lang voor een dergelijke maatregel heeft gepleit en hun familielid soms in een opname of dwangbehandeling aanzienlijk heeft zien verbeteren. Met oog voor de privacy van de betrokken patiënt zal de psychiater ook hierover het gesprek aan moeten gaan.

En ten slotte vereist de professionaliteit dat, waar een dwangbehandeling of dwangopname met de zorg van een multidisciplinair team is gerealiseerd, ook op professioneel niveau de beëindiging van de Bopz-maatregel leidt tot een evaluatie van het handelen van de betrokken professionals. Deze evaluatie lijkt cruciaal omdat ook uit eerder gerefereerd onderzoek blijkt dat de tevredenheid of ontevredenheid van de patiënt met de dwanginterventies en zelfs de latere posttraumatische effecten daarvan, niet slechts afhangen van de ingezette middelen, maar juist ook van de door de patiënt beleefde zorgvuldigheid bij die inzet van middelen.

Aanbeveling 30

Geef bij het beëindigen van de Wet Bopz-maatregel nadrukkelijk aandacht aan de evaluatie van die maatregel en de ingezette middelen samen met de patiënt, eventueel diens familie en het professionele team, om lering te trekken uit de afgeronde episode en om de behandelrelatie binnen de nieuwe vrijwillige context te optimaliseren.

Samenstelling Commissie Richtlijn besluitvorming dwang

Leden

Prof.dr. W. van Tilburg, voorzitter
Drs. J.R. van Veldhuizen, vice-voorzitter
Drs. E.W. Beijaert (vanaf 1 oktober 2007)
Drs. M.V. van de Ven-Dijkman
Prof.dr. C.L. Mulder
Dr. P.F.J. Schulte
Drs. E.P.K. Sikkens
Dr. A.J. Tholen

Adviseurs

Prof.dr. R. Berghmans
Prof.dr.mr. J. Legemaate
Dr. B. Lendemeijer
Mr. T. Stikker
Drs. C.F. de Pater, secretaris

Bijlage 1

Kwaliteitscriteria drang en dwang (Berghmans e.a., 2001)

1. Besef dat dwang en drang onderdeel uitmaken van de psychiatrische praktijk en dat die praktijk wordt gekenmerkt door tegenstrijdige verplichtingen.
2. Tegenstrijdige verplichtingen leiden tot ambivalente gevoelens en emoties: bij collega's, bij de cliënt, en bij de familie. Schenk aandacht aan die gevoelens. Ga creatief om met spanningen.
3. Beschouw dwang en drang in het kader van het proces van zorg. Ingrepen zijn alleen te rechtvaardigen in een context van betrokkenheid. Ze vereisen aandacht, verantwoordelijkheid, deskundigheid en afstemming.
4. Dwang en drang vereisen goede communicatie. Besteed aandacht aan bejegening, openheid, afspraken maken, contact houden. Onderhandelen en overtuigen kunnen situaties van dwang voorkomen, maar dienen tijdens de dwangtoepassing te worden vermeden.
5. Reflecteer op het doel van het ingrijpen. Kijk daarbij niet alleen naar het afwenden van gevaar, maar stel vooral de vraag of en hoe een interventie zal bijdragen aan de mogelijkheden van de cliënt om de greep op zijn eigen leven te behouden en te vergroten.
6. Reflecteer op de middelen. Wees je bewust van de variatie aan interventies. Gebruik niet meer ingrijpende maatregelen dan nodig. Probeer creatief om te gaan met situaties. Wees flexibel, respectvol en tactvol.
7. Plaats dwang en drang in een tijdsperspectief. Probeer anticiperend te werk te gaan. Maak afspraken vooraf met cliënt en zo mogelijk met de familie. Wees transparant over het ingrijpen en de gevolgen daarvan. Evalueer iedere toepassing van drang of dwang met de cliënt en de familie. Probeer in overleg met de betrokkene er lessen uit te trekken voor het toekomstig omgaan met elkaar. Zorg voor institutionele vormen van evaluatie.
8. Streef naar adequate randvoorwaarden (deskundigheid, beschikbaarheid, bouwkundige voorzieningen, voorlichting, protocollering) en onderneem actie indien deze ontbreken.

Bijlage 2

Gevaar Beoordeling Checklist



Dit is een protocol voor beoordelingen in het kader van de Wet Bopz, te gebruiken bij IBS- en RM- beoordelingen in de psychiatrie (versie 15 maart 2006). De auteur van deze checklist is prof.dr. C.L. Mulder, Onderzoekcentrum O3, Rotterdam, c.l.mulder@erasmusmc.nl (Mulder e.a., 2006).

Algemene instructie

- Geef de score die u het meest waarschijnlijk acht.
- Wanneer iemand is opgenomen of in detentie verkeert: geef die score die van toepassing zou zijn wanneer iemand buiten de kliniek (of de gevangenis) zou verblijven.

Algemene gegevens

Datum:	...	
Naam:	...	
Geboortedatum:	...	
Geslacht:	0 man	0 vrouw
Geboorteland patiënt:	...	
Geboorteland vader:	...	
Geboorteland moeder:	...	
Psychotische stoornis	0 Ja	0 Nee
Bipolaire stoornis	0 Ja	0 Nee
Verslaving	0 Ja	0 Nee
Andere As I-stoornis(sen)	0 Ja	0 Nee
Namelijk: ...		
Namelijk: ...		

Een van de hiervoor genoemde As I-stoornissen veroorzaakt het hierna te beschrijven gevaar	0 Ja	0 Nee
Borderlinepersoonlijkheidsstoornis	0 Ja	0 Nee
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	0 Ja	0 Nee
Narcistische persoonlijkheidsstoornis	0 Ja	0 Nee
Persoonlijkheidsstoornis NAO	0 Ja	0 Nee
Andere As II-stoornis	0 Ja	0 Nee
Verstandelijke handicap	0 Ja	0 Nee
Een van de hiervoor genoemde As II-stoornissen veroorzaakt het hierna te beschrijven gevaar	0 Ja	0 Nee
GAF-score symptomen	...	
GAF-score handicap of belemmeringen	...	
De patiënt accepteert medicatie	0 Ja	0 Nee
Er is sprake van ziektebesef	0 Ja	0 Nee
Er is sprake van motivatie voor behandeling	0 Ja	0 Nee
Is nu opgenomen in psychiatrisch ziekenhuis	0 Ja	0 Nee
Heeft eerder IBS gehad	0 Ja	0 Nee
Heeft eerder RM gehad	0 Ja	0 Nee
Heeft eerder in de gevangenis gezeten	0 Ja	0 Nee
Zit nu in de gevangenis	0 Ja	0 Nee
Heeft recent ingrijpende <i>life events</i> meegemaakt	0 Ja	0 Nee
Heeft een ondersteunend sociaal systeem	0 Ja	0 Nee

I Gevaar dat de betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen

- 0 Niet gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand met in de voorgeschiedenis geen suïcidepoging(en) of ernstige automutilatie en die ook (afgelopen maand) geen gedachten heeft gehad over suïcide of ernstige automutilatie.
- 1 Weinig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de laatste maand geen gedachten over suïcide of automutilatie heeft gehad, maar wel een voorgeschiedenis heeft met een zelfmoordpoging, suïcidale gedachten, of ernstige automutilatie.
- 2 Matig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand gedachten over suïcide of automutilatie heeft gehad, waaronder bijvoorbeeld spreken over de dood en dreigen om zichzelf te doden of ernstig te verwonden, maar die de afgelopen maand *geen* suïcidepoging of ernstige automutilatie heeft uitgevoerd.
- 3 Ernstig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand met een suïcidepoging of ernstige automutilatie gedurende de afgelopen maand, maar die de afgelopen 48 uur geen gedachten heeft gehad om

- dood te gaan of om zichzelf ernstig te verwonden.
- 4 Zeer gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand met een suïcidepoging of ernstige automutilatie gedurende de afgelopen maand, die daarnaast de afgelopen 48 uur gedachten heeft gehad om dood te willen gaan of om zichzelf ernstig te verwonden.

Manifestaties van gevaar dat de betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen

	Ja	Nee	Opmerkingen	
1	Pleegt parasuïcide	1	0	...
2	Heeft suïcidale gedachten	1	0	...
3	Heeft concrete suïcidale plannen	1	0	...
4	Heeft voorbereidingen voor suïcide getroffen	1	0	...
5	Is niet bereid om non-suïcideafspraken te maken	1	0	...
6	Houdt zich niet aan non-suïcideafspraken	1	0	...
7	Vertoont automutilatie	1	0	...
8	Voelt zichzelf totaal waardeloos en wil dood	1	0	...
9	Heeft geen hoop op de toekomst en denkt beter dood te kunnen zijn	1	0	...
10	Anders, namelijk: ...	1	0	...
Totaalscore		...	...	...

II Gevaar dat de betrokkene maatschappelijk ten onder gaat

- 0 Niet gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand met in de voorgeschiedenis geen periode van maatschappelijke ondergang en bij wie dit de afgelopen maand ook niet aan de orde is geweest.
- 1 Weinig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de laatste maand maatschappelijk adequaat functioneert, maar wel een voorgeschiedenis heeft met een periode van maatschappelijke ondergang, bijvoorbeeld uit huis is gezet wegens schulden, een periode heeft doorgemaakt van dakloosheid, ernstige conflicten heeft gehad met instanties, burens en familie.
- 2 Matig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand matige maatschappelijke problemen heeft, bijvoorbeeld schulden, problemen met justitie, conflicten met instanties en burens, familie of vrienden, maar die wel in staat is om zichzelf, eventueel met hulp van anderen, in de maatschappij staande te houden.
- 3 Ernstig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand ernstige maatschappelijke problemen heeft gehad,

bijvoorbeeld hoge schulden, ernstige problemen met justitie, grote conflicten met instanties en burens, familie of vrienden, en/of dreigende dakloosheid, maar die nog net in staat is om zichzelf, eventueel met hulp van anderen, in de maatschappij staande te houden.

- 4 Zeer gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand maatschappelijk ten onder gegaan is, blijkend uit bijvoorbeeld zeer hoge schulden, ernstige problemen met justitie, grote conflicten met instanties en/of familie of vrienden, en dakloosheid, en die niet meer in staat is om zichzelf, ook niet met hulp van anderen, in de maatschappij staande te houden.

Manifestaties van gevaar dat de betrokkene maatschappelijk ten onder gaat

	Ja	Nee	Opmerkingen	
1	Dakloosheid	1	0	...
2	Dreigt huis kwijt te raken	1	0	...
3	Geeft veel geld uit	1	0	...
4	Heeft financiële problemen	1	0	...
5	Uitkering of salaris kwijt geraakt (of dreiging daarvan)	1	0	...
6	(Vrijwilligers)werk kwijt geraakt (of dreiging daarvan)	1	0	...
7	Verstoort relaties met anderen	1	0	...
8	Komt in aanraking met de politie	1	0	...
9	Moet voor de rechter komen	1	0	...
10	Anders, namelijk: ...	1	0	...
Totaalscore:		...	...	...

III Gevaar dat de betrokkene zichzelf ernstig zal verwaarlozen

- 0 Niet gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand met in de voorgeschiedenis geen periode van zelfverwaarlozing en bij wie dit de afgelopen maand ook niet aan de orde is geweest.
- 1 Weinig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die zichzelf de laatste maand normaal verzorgt, maar wel een voorgeschiedenis heeft met een periode van zelfverwaarlozing. Er kan bijvoorbeeld sprake geweest zijn van vermagering door niet eten, of zeer lang niet wassen en in dezelfde kleding lopen, waardoor er destijds problemen zijn ontstaan.
- 2 Matig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die zichzelf de afgelopen maand heeft verwaarloost, bijvoorbeeld door het haar onbewust te laten groeien en niet te wassen, in vieze kleren te blijven

- lopen, of het huis laten vervuilen, maar bij wie dit nog niet tot vermagering of hygiënische problemen heeft geleid.
- 3 Ernstig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die zichzelf de afgelopen maand ernstig verwaarloost, hetgeen bijvoorbeeld blijkt uit in vieze kleren lopen, vies ruiken, het huis laten vervuilen, of slecht eten, en bij wie dit tot vermagering of matige hygiënische problemen heeft geleid.
 - 4 Zeer gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die zichzelf de afgelopen maand zeer ernstig heeft verwaarloost. Deze persoon kan bijvoorbeeld stinken, in ernstig vervuilde kleren lopen of zijn huis ernstig vervuilen, of zeer slecht eten. Dit gedrag heeft tot ernstige problemen geleid zoals vermagering, uitdroging, of ernstige hygiënische problemen.

Manifestaties van gevaar dat de betrokkene zichzelf ernstig zal verwaarlozen

		Ja	Nee	Opmerkingen
1	Wast zichzelf niet	1	0	...
2	Eet niet	1	0	...
3	Eet vreemde zaken (bijvoorbeeld kattenvoer)	1	0	...
4	Drinkt niet	1	0	...
5	Drinkt vreemde zaken (bijvoorbeeld slaolie)	1	0	...
6	Is vermagerd	1	0	...
7	Laboratoriumafwijkingen, bijvoorbeeld te weinig kalium	1	0	...
8	Slaapt buiten	1	0	...
9	Slaapt buiten en kleedt zich onvoldoende tegen kou of regen	1	0	...
10	Verzorgt het haar niet	1	0	...
11	Heeft haarluis of kleepluis	1	0	...
12	Heeft schurft	1	0	...
13	Draagt vieze kleren	1	0	...
14	Ruikt vies	1	0	...
15	Verwaarloost huishouden	1	0	...
16	Huis is een rommel	1	0	...
17	Huis stinkt	1	0	...
18	Organisch afval in huis	1	0	...
19	Niet-organisch afval in huis	1	0	...
20	Anders, namelijk: ...	1	0	...
Totaalscore:		...	...	...

IV Gevaar dat de betrokkene door zijn hinderlijke gedrag agressie van anderen zal oproepen

- 0 Niet gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand met in de voorgeschiedenis geen hinderlijk gedrag, ook niet in de afgelopen maand.
- 1 Weinig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand geen hinderlijk gedrag heeft vertoond, maar wel een voorgeschiedenis heeft met een periode van hinderlijk gedrag dat agressie van anderen oproep.
- 2 Matig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die zich de afgelopen maand hinderlijk heeft gedragen, bijvoorbeeld anderen enigszins beledigd, waardoor enige agressie van anderen werd opgeroepen, maar bij wie dit nog niet tot problemen heeft geleid.
- 3 Ernstig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die zichzelf de afgelopen maand ernstig hinderlijk heeft gedragen, bijvoorbeeld anderen heeft beledigd, of zich op straat vreemd heeft gedragen, waardoor agressie van anderen werd opgeroepen, en bij wie dit tot problemen heeft geleid.
- 4 Zeer gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die zichzelf de afgelopen maand zeer hinderlijk heeft gedragen, bijvoorbeeld door zich op straat te ontkleden, anderen verbaal lastig te vallen of ernstig te beledigen, waardoor ernstige agressie van anderen werd opgeroepen, en bij wie dit tot ernstige problemen heeft geleid.

Manifestaties van gevaar dat de betrokkene door zijn hinderlijke gedrag agressie van anderen zal oproepen

		Ja	Nee	Opmerkingen
1	Beledigt anderen	1	0	...
2	Maakt anderen aan het schrikken	1	0	...
3	Irriteert anderen	1	0	...
4	Zoekt steeds contact	1	0	...
5	Achternvolgt een ander	1	0	...
6	Veroorzaakt lawaai	1	0	...
7	Gedraagt zich seksueel ontrent	1	0	...
8	Vertoont zich naakt	1	0	...
9	Vertoont bizar gedrag	1	0	...
10	Anders, namelijk: ...	1	0	...
Totaalscore:		...		...

V Gevaar dat de betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig letsel zal toebrengen

- 0 Niet gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand geen fysiek agressief gedrag heeft vertoond tegenover personen, geen verbale agressiviteit heeft vertoond, en die voor zover bekend geen voorgeschiedenis heeft met agressieve gedragingen tegenover personen.
- 1 Weinig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand geen fysieke of verbale agressiviteit heeft vertoond, maar van wie een voorgeschiedenis bekend is met agressieve gedragingen tegenover personen.
- 2 Matig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die verbaal agressief is geweest tegenover personen gedurende de afgelopen maand, bijvoorbeeld door iemand verbaal te bedreigen, maar niet zodanig dat er risico bestond voor fysieke agressie.
- 3 Ernstig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die fysiek agressief geweest is tegenover personen gedurende de afgelopen maand, bijvoorbeeld door iemand te slaan, maar waarbij geen gevaar bestond voor het optreden van significant letsel (opname in een ziekenhuis) of dood.
- 4 Zeer gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die fysiek agressief geweest is gedurende de afgelopen maand, bijvoorbeeld door iemand ernstig te mishandelen of een steek- of schietwapen te gebruiken, en waarbij gevaar bestond voor het optreden van significant letsel (opname in een ziekenhuis) of dood.

Manifestaties van gevaar dat de betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig letsel zal toebrengen

		Ja	Nee	Opmerkingen
1	Bedreigt ander verbaal	1	0	...
2	Bedreigt ander fysiek	1	0	...
3	Is in bezit van wapen	1	0	...
4	Mishandelt ander verbaal	1	0	...
5	Mishandelt ander fysiek	1	0	...
6	Steekt anderen met een mes	1	0	...
7	Schiet op iemand met een vuurwapen	1	0	...
8	Misbruikt iemand seksueel	1	0	...
9	Dreigt iemand te vermoorden	1	0	...
10	Anders, namelijk: ...	1	0	...
Totaalscore:		...		...

VI Gevaar voor de psychische gezondheid van een ander

- 0 Niet gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand geen gevaar vormde voor de psychische gezondheid van een ander, en bij wie ook geen voorgeschiedenis bekend is met een periode van gevaar voor de psychische gezondheid van een ander.
- 1 Weinig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand geen gevaar vormde voor de psychische gezondheid van een ander, maar waarbij wel een voorgeschiedenis bekend is met een periode van gevaar voor de psychische gezondheid van een ander, bijvoorbeeld omdat mantelzorgers in het verleden door de aandoe-ning van de patiënt overspannen zijn geraakt.
- 2 Matig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de af-gelopen maand een gevaar vormde voor de psychische gezondheid van een ander, bijvoorbeeld door anderen in zijn of haar omgeving te belasten met zijn of haar psychiatrische ziekte, en waarbij dit tot ma-tige problemen bij anderen heeft geleid.
- 3 Ernstig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand een ernstig gevaar vormde voor de psychische ge-zondheid van een ander, bijvoorbeeld door dreigende uitputting of overspannenheid van anderen in zijn of haar omgeving, en bij wie dit tot ernstige problemen voor anderen heeft geleid.
- 4 Zeer gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de af-gelopen maand een zeer ernstig gevaar vormde voor de psychische gezondheid van een ander, bijvoorbeeld door uitputting of overspan-nenheid van anderen in zijn of haar omgeving, en bij wie dit tot zeer ernstige problemen bij anderen heeft geleid.

Manifestaties van gevaar voor de psychische gezondheid van een ander

	Ja	Nee	Opmerkingen
1 Put anderen uit	1	0	...
2 Vertoont aanstootgevend gedrag	1	0	...
3 Maakt anderen overstuur	1	0	...
4 Kwetst anderen	1	0	...
5 Anders, namelijk: ...	1	0	...
Totaalscore:	...		...

VII Gevaar dat de betrokkene een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen

- 0 Niet gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand geen gevaar vormde voor het verwaarlozen van een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, en waarbij ook geen voorgeschiedenis bekend is met een periode van gevaar voor het verwaarlozen van een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd.
- 1 Weinig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand geen gevaar vormde voor het verwaarlozen van een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, maar waarbij wel een voorgeschiedenis bekend is met een periode van gevaar voor het verwaarlozen van een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd.
- 2 Matig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand een matig gevaar vormde voor het verwaarlozen van een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, bijvoorbeeld het kortdurend niet verzorgen van een baby of het verwaarlozen van een oudere persoon waarvoor men zorgt, maar waarbij dit nog niet tot ernstige problemen heeft geleid.
- 3 Ernstig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand een ernstig gevaar vormde voor het verwaarlozen van een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, bijvoorbeeld het verwaarlozen van kleine kinderen, en waarbij dit tot ernstige problemen heeft geleid.
- 4 Zeer gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand een zeer ernstig gevaar vormde voor het verwaarlozen van een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, bijvoorbeeld door een baby of kleine kinderen aan hun lot over te laten, en bij wie dit tot zeer ernstige problemen heeft geleid.

Manifestaties van gevaar dat de betrokkene een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen

		Ja	Nee	Opmerkingen
1	Let niet op ander	1	0	...
2	Geeft ander niet te eten	1	0	...
3	Geeft ander niet te drinken	1	0	...
4	Verzorgt ander niet	1	0	...
5	Anders, namelijk: ...	1	0	...
Totaalscore:		...		...

VIII Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen

- 0 Niet gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand geen gevaar vormde voor de algemene veiligheid van personen of goederen, en waarbij ook geen voorgeschiedenis bekend is met een periode van gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.
- 1 Weinig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand geen gevaar vormde voor de algemene veiligheid van personen of goederen, maar bij wie wel een voorgeschiedenis bekend is met een periode van gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.
- 2 Matig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand een gevaar vormde voor de algemene veiligheid van personen of goederen, bijvoorbeeld door diefstal, of dreigen met vernieling van goederen, maar bij wie dit nog niet tot ernstige problemen heeft geleid.
- 3 Ernstig gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand een ernstig gevaar vormde voor de algemene veiligheid van personen of goederen, bijvoorbeeld door herhaalde diefstal of vernieling van goederen (bijvoorbeeld auto's op straat met een hamer bewerken), en waarbij dit tot ernstige problemen heeft geleid.
- 4 Zeer gevaarlijk. Deze score wordt toegekend aan iemand die de afgelopen maand zeer gevaarlijk was voor de algemene veiligheid van personen of goederen (bijvoorbeeld door een huis in brand te steken), of ernstige vernieling van goederen (bijvoorbeeld alle huisraad kapot slaan) en waarbij dit tot zeer ernstige problemen heeft geleid.

Manifestaties van gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen

		Ja	Nee	Opmerkingen
1	Beschadigt eigendom van een ander	1	0	...
2	Steelt eigendom van een ander	1	0	...
3	Steekt zaken in de brand	1	0	...
4	Laat gas branden	1	0	...
5	Laat kaarsen branden	1	0	...
6	Laat brandende sigaretten liggen	1	0	...
7	Ontregelt het verkeer	1	0	...
8	Ontregelt openbaar vervoer	1	0	...
9	Loop zomaar de straat op	1	0	...
10	Anders; namelijk: ...	1	0	...
Totaalscore:				...

IX Noodzaak tot behandeling (toegevoegd criterium, niet behorend tot de BOPZ)

- 0 Niet noodzakelijk. Deze score wordt gegeven aan iemand die geen behandeling nodig heeft.
- 1 Weinig noodzakelijk. De stoornis hoeft direct niet behandeld te worden. De patiënt lijdt niet erg onder zijn stoornis, en/of niet behandelen heeft weinig consequenties.
- 2 Matig noodzakelijk. Het is matig noodzakelijk dat de patiënt behandeld wordt. De patiënt lijdt wel onder zijn stoornis, maar niet in ernstige mate, en/of niet behandelen heeft matige consequenties.
- 3 Zeer noodzakelijk. Het is zeer noodzakelijk dat de patiënt behandeld wordt. De patiënt lijdt onder zijn stoornis, en/of het niet behandelen heeft ernstige consequenties.
- 4 Absoluut noodzakelijk. Het is volstrekt noodzakelijk dat patiënt behandeld wordt. De patiënt lijdt zeer onder zijn stoornis, en/of niet behandelen heeft onomkeerbare en zeer ernstige consequenties.

Manifestaties van noodzaak voor behandeling

		Ja	Nee	Opmerkingen
1	Psychiatrische stoornis wordt onvoldoende behandeld	1	0	...
2	Eerdere behandeling van de huidige stoornis had effect	1	0	...
3	Er is effect van de behandeling te verwachten	1	0	...
4	De patiënt lijdt erg onder zijn stoornis	1	0	...
5	Niet behandelen heeft ernstige consequenties	1	0	...
6	Heeft onbehandelde psychose	1	0	...
7	Heeft onbehandelde depressie	1	0	...
8	Heeft onbehandelde manie	1	0	...
9	Heeft onbehandelde andere psychiatrische stoornis	1	0	...
10	Anders; namelijk: ...	1	0	...
Totaalscore:		...		...

Eindbeoordeling

Toelichting

- In de kolom 'ernst' komen de scores te staan die gegeven zijn bij de diverse gevaarscriteria.
- Het sterretje in de kolom 'manifestaties' betekent dat je het aantal manifestaties vermenigvuldigt met (of deelt door, zoals bij gevaarscriterium 3) met het getal dat ernaast staat.
- Het 'product' is de uitkomst van de vermenigvuldiging van de ernstscore en het aantal manifestaties. Bijvoorbeeld bij criterium 1 (suïciderisico) heeft de beoordelaar ernstscore 3 gegeven (ernstig gevaarlijk) en heeft hij 3 manifestaties gescoord. Het product is dan 3 keer (3 keer 1) = 9. Of: bij criterium 7 is de ernst 2 en het aantal manifestaties 1. Het product is dan: 2 keer (1 keer 2) = 4. Zo tel je alles op en kom je tot een totaalscore. Hoe hoger de score, hoe groter de kans op een RM.

Schema

- 1 Er is sprake van een psychiatrische stoornis:
 Ja Nee

- 2 Deze psychiatrische stoornis veroorzaakt het hierna te benoemen gevaar:
 Ja Nee

- 3 Dit gevaar betreft:

	Gevaar	Ernst	Manifestaties	Product
1	Gevaar dat de betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen	...	* 1	...
2	Gevaar dat de betrokkene maatschappelijk ten onder gaat	...	* 1	...
3	Gevaar dat de betrokkene zichzelf ernstig zal verwaarlozen	...	/ 2	...
4	Gevaar dat de betrokkene door zijn hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen	...	* 1	...
5	Gevaar dat de betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig letsel zal toebrengen	...	* 1	...
6	Gevaar voor de psychische gezondheid van een ander	...	* 1	...
7	Gevaar dat de betrokkene een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen	...	* 2	...
8	Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen	...	* 1	...
Totaal				...
9	Noodzaak tot behandeling	...	* 1	...
Nieuw totaal				...

* Het sterretje in de kolom 'manifestaties' betekent dat je het aantal manifestaties vermenigvuldigt met (of deelt door, zoals bij gevaarscriterium 3) met het getal dat er naast staat.

4 U vindt dat een (ambulante) voorwaardelijke machtiging nodig is?
 Ja Nee

5 U vindt dat een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis nodig is?
 Ja Nee

Zo nee, waarom niet:

...

Bijlage 3

Gedwongen behandeling van eetstoornissen: aanbevelingen Stichting Anorexia en Boulimia Nervosa

Het volgende is overgenomen uit: Vandereycken & Noordenbos, 2008 (*Handboek eetstoornissen*).

Voorwaarden

Een gedwongen behandeling in geval van een eetstoornis kan verantwoord zijn als aan de volgende voorwaarden is voldaan.

- Er moet sprake zijn van een levensbedreigende situatie die vastgesteld moet worden aan de hand van objectieve criteria (zoals ecg, bloedbeeld en gewicht) en waarbij de dreiging afgewend kan worden door een kortdurende somatische behandeling.
- De patiënt moet ook na confrontatie met de hiervoor genoemde objectieve criteria en een serieuze motiveringspoging volharden in de weigering van een behandeling.
- De onafhankelijke psychiater die de aanvraag tot IBS of RM doet, moet beschikken over ervaring op het gebied van de behandeling van eetstoornissen of overleg hebben gepleegd met een ter zake deskundige.
- Behalve de patiënt moeten ook door haar genoemde significante anderen in haar omgeving uitvoerig geraadpleegd zijn.
- De gedwongen behandeling moet plaatsvinden in een kliniek die in staat is de patiënt in een crisissituatie op te vangen.
- Er moet zekerheid zijn dat, zodra de levensbedreigende situatie ten einde is, overgegaan wordt op een deskundige behandeling van de eetproblematiek en dat de geboden therapie compleet is, dat wil zeggen ook nazorg omvat.

Bijlage 4

Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid

Dit stappenplan biedt een toetsingskader aan hulpverleners die zich een oordeel moeten vormen over de wilsbekwaamheid van een patiënt. Afhankelijk van de context en de situatie (bijvoorbeeld bij een comateuze patiënt of een spoedeisende situatie) kan de hulpverlener bepaalde stappen beargumenteerd achterwege laten.

- Gebruikte literatuur: Tholen, 2004a; Grisso & Appelbaum 1995.

1 Wilsbekwaamheid is een contextafhankelijk begrip

De patiënt moet namelijk in staat zijn tot een redelijke waardering terzake. Het waarderen van een complexe situatie stelt hogere eisen aan het vermogen om informatie te begrijpen en (logisch) te beredeneren dan een relatief eenvoudige situatie. De aard van de situatie heeft echter niet alleen invloed op de mate waarin een bepaalde vaardigheid zoals begripsvermogen nodig is. De context beïnvloedt ook het type vaardigheid dat nodig is. Zo kan het zijn dat de informatie niet complex is, maar dat een beslissing wel ernstige gevolgen heeft. Wilsbekwaamheid zal dan vooral afhangen van het besef en de waardering van de informatie en minder van het begripsvermogen. Daarnaast kan men in het algemeen stellen dat de vereisten van beslisvaardigheid hoger zijn bij het instemmen met ingrijpende en belastende ingrepen en bij weigering van behandelingen die levensreddend zijn of waarbij de *risk-benefit*-ratio zeer gunstig is. Het gaat er dan niet om of de beslissing goed genoeg is, maar of de beslisvaardigheid goed genoeg is gezien de ernst van de situatie. Ten slotte is het oordeel over de wilsbekwaamheid – vooral in grensgevallen – altijd een resultaat van een afweging van waarden. Als zelfbeschikking sterk gewaardeerd wordt dan zal de balans eerder doorslaan naar wilsbekwaamheid dan wanneer men veel waarde hecht aan de bestwil van de patiënt.

1.1 Ingrijpende medische beslissingen

Het is daarom van groot belang om bij **ingrijpende medische beslissingen** de invloed van deze afweging transparant te maken. De hulpverlener doet dat door zo zorgvuldig en concreet mogelijk de beslisvaardigheid te

beoordelen, te registreren en door belangrijke betrokkenen te laten toetsen.

2 Wat kan de aanleiding zijn voor de (nadere) beoordeling van wilsbekwaamheid?

- Weigering van een noodzakelijk geachte behandeling, de wens om tegen het advies van de hulpverlener in het ziekenhuis te verlaten en/of een abrupte verandering in het psychologisch functioneren.
- Twijfel aan de weloverwogenheid van een gegeven toestemming bij ingrijpende of belastende verrichtingen met een ongunstige risk-benefitratio voor de patiënt.
- De volgende vragen kunnen dan gesteld worden.
 - Wat zijn de huidige medische conditie en de prognose?
 - Welke behandelbeslissing ligt voor?
 - Hoe heeft de patiënt gereageerd op het behandelingsplan of zorgplan?
 - Welke context is van belang? Denk bijvoorbeeld aan het ontbreken van een steunsysteem, toezicht en dergelijke, bij een gewenst vertrek uit het ziekenhuis tegen het advies van de hulpverlener in.
 - Is er een wilsbeschikking aanwezig?

3 Neem een besluit om wel of niet de wilsbekwaamheid formeel te beoordelen

De hulpverlener kan zichzelf de volgende vragen stellen.

- Is een beslissing aan de orde waarvoor een expliciete en weloverwogen keuze van de patiënt noodzakelijk is vanwege het belang van de beslissing voor de patiënt?
- Zijn er gerede twijfels over de wilsbekwaamheid van de patiënt voor de te nemen beslissing?
- Wat vinden andere direct bij de zorg betrokken hulpverleners van de situatie?
- Is er reden om bij de beoordeling een consultant te betrekken vanwege klinische comorbiditeit of complexiteit, zoals een psychiater, een arts voor verstandelijk gehandicapten, een neuroloog of een verpleeghuisarts?
- Is het wenselijk om de contactpersoon of -personen en de huisarts, verpleeghuisarts of arts voor verstandelijk gehandicapten van de patiënt bij de procedure van beoordeling te betrekken?
- De beoordeling van wilsbekwaamheid kan vanwege comorbiditeit door

een consulent gedaan worden. De primaire behandelaar blijft verantwoordelijk voor de behandelingsovereenkomst en de uitvoering daarvan (zie ook stap 15).

4 Bereid de patiënt voor

Bereid de patiënt voor op de (nadere) beoordeling van wilsbekwaamheid.

- Geef uitleg over de reden om de wilsbekwaamheid nader te beoordelen.
Zeg bijvoorbeeld:
 - ‘Wij willen met een kleine camera in uw maag kijken. Dat vinden wij voor uw gezondheid belangrijk. Ik heb begrepen dat u dat niet wilt. Ik ben uw behandelaar. Daarom moet ik weten of u wel goed hebt begrepen waarom wij dat onderzoek belangrijk vinden. Ook wil ik weten of u goed over uw beslissing hebt kunnen nadenken.’
- Geef uitleg over de aard en het doel van de beoordeling. *Zeg bijvoorbeeld:*
 - ‘Ik wil nog eens de belangrijkste informatie op een rij zetten: wat wij weten over uw ziekte en wat de voordelen en nadelen van het maag-onderzoek zijn. Ook wil ik met u praten over wat er mogelijk is als u de behandeling niet ondergaat. Daarna vraag ik u wat u van die informatie vindt. Ten slotte wil ik weten hoe u uw situatie zelf beoordeelt en hoe u tot uw beslissing bent gekomen.’

5 Verstrek adequaat informatie

- Geef de patiënt voldoende gelegenheid om kennis te nemen van de situatie en de opties voor onderzoek en/of behandeling. Het kan in geval van bijkomende psychiatrische problematiek voordelen hebben als een consulent-psychiater aanwezig is bij de informatieverstrekking door de hulpverlener die zich bezig houdt met de somatische problematiek.
- Bepaal van tevoren, afhankelijk van de aard van de klinische situatie en de context, per onderwerp één tot drie feiten waarvan de patiënt op de hoogte dient te zijn voor een voldoende informed consent (aard en doel van het onderzoek en/of de behandeling, de gevolgen en risico's, alternatieven).
- Houd bij het verstrekken van informatie rekening met het bevattingsvermogen en eventuele cognitieve en emotionele beperkingen van de patiënt. Een gesprek op maat dat aansluit bij de belevingswereld en het intellectuele niveau van de patiënt, vergroot diens mogelijkheid tot zelfbeschikking.

6 Evalueer de beslisvaardigheid

Het gaat bij beslisvaardigheden om de volgende vaardigheden (of criteria).

- Het vermogen een keuze uit te drukken. *Vraag bijvoorbeeld:*
 - ‘Hebt u besloten of u met het voorstel voor onderzoek en/of behandeling van uw arts (of van mij) akkoord gaat?’
 - ‘Kunt u mij vertellen wat uw beslissing is?’
 - [Herhaal deze vragen eventueel aan het einde van het interview.]

Onvermogen om een keuze uit te drukken kan een gevolg zijn van bijvoorbeeld bewusteloosheid, mutisme, ernstige desorganisatie van het denken, of pathologische twijfelzucht.

Als de patiënt niet in staat is tot verbale communicatie, probeer dan andere middelen te gebruiken zoals schrijven, een letterkaart of het laten knippen met de ogen. Bij non-verbaal verzet van de patiënt – hij trekt bijvoorbeeld een infuus uit – is de vraag aan de orde of de patiënt daarmee een keuze uit, of slechts ondervonden hinder.

- Het begrijpen van informatie die relevant is voor de beslissing over het onderzoek en/of de behandeling. *Vraag bijvoorbeeld:*
 - ‘Kunt u mij in uw eigen woorden zeggen wat ik u verteld heb (of wat uw arts u verteld heeft) over de aard en het doel van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling en over de gevolgen of risico’s?’
 - ‘Kunt u ook in uw eigen woorden vertellen wat ik u verteld heb (of uw arts u verteld heeft) over andere mogelijkheden van onderzoek of behandeling en wat het onderzoek of de behandeling, of het nalaten daarvan, zal betekenen voor uw gezondheid?’

Tekorten in begripsvermogen kunnen het gevolg zijn van bijvoorbeeld bijwerkingen van medicatie, verstoorde coping en angst, psychiatrische stoornissen, verstandelijke handicaps of de gevolgen van een hersentrauma.

- Het beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie. *Vraag bijvoorbeeld:*
 - ‘Kunt u mij vertellen wat u echt denkt dat er nu mis is met uw gezondheid?’
 - ‘Gelooft u dat u onderzoek of behandeling nodig hebt?’
 - ‘Wat zal het effect daarvan zijn?’
 - ‘Wat denkt u dat er gebeurt als u niet onderzocht of behandeld wordt?’
 - ‘Waarom denkt u dat uw dokter onderzoek of behandeling heeft aanbevolen?’

Beperkingen van deze vaardigheid treden bijvoorbeeld op door wanen, hallucinaties en cognitieve stoornissen.

- Logisch redeneren en het betrekken van informatie in het overwegen van behandelopties. *Vraag bijvoorbeeld:*

- ‘Kunt u mij vertellen hoe u tot het besluit bent gekomen om het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling te accepteren (of af te wijzen)?’
- ‘Welke factoren waren belangrijk om tot uw besluit te komen?’
- ‘Hoe hebt u die factoren tegen elkaar afgewogen?’

Deze vaardigheid kan beperkt zijn door stoornissen in zogeheten executieve cognitieve functies die noodzakelijk zijn voor het beredeneren van complexe situaties.

7 Psychiatrisch onderzoek

Als de hulpverlener (comorbide) psychiatrische problematiek vermoedt, dan moet bij belangrijke beslissingen ook een algemeen psychiatrisch onderzoek plaatsvinden. Voor de beoordeling van wilsbekwaamheid is relevant of die psychiatrische problematiek interfereert met de onder 6 genoemde vaardigheden. Bovendien is het relevant te onderzoeken of een eventuele wilsbekwaamheid tijdelijk is en of er mogelijkheden zijn om die wilsbekwaamheid te verbeteren met psychofarmaca of andere interventies. Bij neuropsychiatrische cognitieve stoornissen kan een neuropsychologisch onderzoek indicaties geven voor wilsbekwaamheid, en vooral handvatten geven voor een aangepaste wijze van voorlichting.

8 Overleg met andere betrokken hulpverleners

Verpleegkundigen of verzorgenden die dagelijks omgang hebben met de patiënt, kunnen relevante informatie of inzichten aanreiken. Overleg met andere betrokken hulpverleners. Over ingrijpende beslissingen die in een somatisch ziekenhuis worden genomen, moet met de huisarts overlegd worden. Voor personen die langdurig in een verpleeghuis zijn opgenomen, zal een verpleeghuisarts mogelijk de aangewezen persoon zijn; voor verstandelijk gehandicapten zal dat mogelijk de AVG (arts voor verstandelijk gehandicapten) zijn. De hulpverlener moet wel het beroepsgeheim in acht nemen.

9 Overleg met de vertegenwoordiger van de patiënt

Overleg met de vertegenwoordiger van de patiënt voor aanvullende informatie over eventuele beperkingen van de beslisvaardigheid en over de relevante context, zoals het toezicht en de ondersteuning in de eigen leefsituatie na ontslag uit het ziekenhuis tegen een advies in.

10 Beoordeel of de patiënt als wilsbekwaam moet worden beschouwd

Beoordeel aan de hand van de criteria onder 6 of de patiënt als wilsbekwaam of wilsonbekwaam moet worden beschouwd. Heeft de patiënt voldoende vaardigheid voor de aard en de reikwijdte van de beslissing die aan de orde is?

11 Bespreek dit oordeel met de patiënt

Bespreek dit oordeel zo goed mogelijk met de betrokken patiënt. En ga na of, en hoe de beslisvaardigheid kan worden bevorderd. Overweeg meer tijd te nemen om de situatie met de patiënt te exploreren, om diens opvattingen, angsten en onzekerheden verder te bespreken. Mogelijk is er een beter moment voor het informed consent, of is het nuttig een vertrouwenspersoon bij het gesprek te betrekken.

12 Overweeg de kans op herstel van wilsbekwaamheid

Is de patiënt wilsonbekwaam? Overweeg de kans op herstel van wilsbekwaamheid en beoordeel de gebieden waarin de patiënt wel beslisvaardig is. Overweeg verdere besluitvorming uit te stellen.

13 Bespreek de beoordeling met de vertegenwoordiger en vraag toestemming

Bespreek de beoordeling van wilsbekwaamheid met de vertegenwoordiger, verstrek de benodigde informatie en vraag toestemming. Onderzoek of de vertegenwoordiger zich in zijn of haar afweging laat leiden door het belang van de patiënt. Kan met behulp van deze of andere informanten, of met een beschikbare wilsbeschikking, de wil 'gereconstrueerd' worden? Als de keuze van de vertegenwoordiger ernstig nadeel voor de patiënt oplevert, kan de hulpverlener in het belang van de patiënt zelfstandig een beslissing nemen.

14 Verzet de patiënt zich, wees dan extra zorgvuldig

Als de patiënt zich verzet tegen onderzoek of behandeling, bepaal dan extra zorgvuldig:

- de noodzaak van het onderzoek en/of de behandeling;
- de kans op succes;
- het gevaar en de belasting;
- de indicatiestelling volgens de regelen der kunst;
- de somatische, psychische en sociale gevolgen van het wel of niet onder dwang behandelen.

Zijn er minder ingrijpende alternatieven, zoals een tijdelijk uitstel van onderzoek of behandeling in de verwachting dat de besluisvaardigheid tijdig zal herstellen? Overleg bij verzet als het gaat om ingrijpende beslissingen, altijd met een collega. Consulteer altijd een psychiater als het gaat om psychiatrische comorbiditeit.

15 Besluit of onderzoek of behandeling nodig zijn

Besluit, na het genoemde overleg, of uitvoering van het onderzoek of de behandeling nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Het is voor de transparantie van de besluitvorming en de helderheid van de daarbij gebruikte argumenten nuttig om de wilsbekwaamheid los te beoordelen van de ernst en de gevolgen van de beslissing. Zo kan een bepaalde mate van wilsonbekwaamheid binnen de ene context tot het oordeel leiden dat de hulpverlener het (wilsonbekwame) verzet respecteert, terwijl de omstandigheden en de gevolgen van eenzelfde type beslissing bij een andere patiënt tot het oordeel kunnen leiden dat de hulpverlener in het belang van de zich verzettende wilsonbekwame patiënt juist wel handelt. Bij het besluit om een wilsonbekwame patiënt wel – eventueel onder verzet – of niet te behandelen, heeft de behandelaar een eigen verantwoordelijkheid en bevoegdheid die niet overgedragen kan worden aan bijvoorbeeld een ethische commissie.

16 Blijf de wilsonbekwame patiënt zoveel mogelijk informeren

Blijf de wilsonbekwame patiënt zoveel mogelijk informeren en bij het onderzoek en de behandeling betrekken.

17 Overweeg bij langduriger wilsonbekwaamheid structurele vertegenwoordiging

Overweeg, als het om een langduriger wilsonbekwaamheid gaat, het belang van een structurele vertegenwoordiging. Als de patiënt niet eerder

zelf schriftelijk een persoonlijk gemachtigde heeft aangewezen (hetgeen uit oogpunt van belangenbehartiging zekere voordelen kan hebben), en de partner of andere in de wGBO genoemde familieleden niet als (vaste) vertegenwoordiger optreden, rest de mogelijkheid om de rechter te verzoeken een curator of een mentor te benoemen.

18 Leg de beoordeling vast in het dossier

Het is verstandig om de wijze en inhoud van de beoordeling van wilsonbekwaamheid en de overwegingen die tot dwang leiden, als ook het gevoerde overleg daarbij, in het dossier vast te leggen.

Bijlage 5

Praktische aspecten van dwangbehandeling met psychofarmaca

1 Orale toediening onder dwang

Als de patiënt orale inname van medicatie weigert, kan soms de dreiging met dwangtoediening de patiënt toch doen besluiten de medicatie oraal in te nemen. Als de patiënt bij zijn weigering blijft, kan worden overwogen om de medicatie via een maagsonde toe te dienen. Het is in principe mogelijk om via de neus onder dwang een maagsonde aan te leggen als hierbij gebruik wordt gemaakt van de slikreflex (persoonlijke mededeling J. Peetoom, consultant somatische ziekten GGZ Noord-Holland-Noord, en B. Bakker, internist GGZ Dijk en Duin). Het geneesmiddel kan dan vervolgens als poeder – door verpulveren van tabletten of openen van capsules – of als druppels of drank (bijvoorbeeld lithiumcitraatdrank) worden gegeven. Overleg met een apotheker vooraf is echter noodzakelijk omdat verschillende problemen kunnen optreden, bijvoorbeeld bij de voorbereiding, gastro-intestinale bijwerkingen, binding aan voedingsbestanddelen, of noodzaak tot aanpassing van de dosis. Het *Handboek enteralia* verschaft hierover belangrijke informatie (Isala klinieken, 2004). De farmacodynamische werking van het toegediende medicijn is bij toediening via een maagsonde niet anders dan bij vrijwillig ingenomen medicatie.

2 Toediening als injectie

Gebruikelijker dan toediening door een maagsonde is medicamenteuze dwangbehandeling door injecties. Hierbij kan de farmacokinetiek anders zijn dan bij orale toediening: de verhouding tussen dosis en plasmaspiegel van het medicijn evenals het beloop van de spiegel kan afwijken. Verder kan de verhouding tussen de werkzame moederstof en de (meestal eveneens werkzame) afbraakproducten door het ontbreken van het *first pass*-effect bij parenterale toediening veranderen. Met deze effecten kan bij de dosering van het toegediende geneesmiddel rekening worden gehouden. De biologische beschikbaarheid (F) geeft aan hoeveel procent van de orale dosis de parenterale dosis moet zijn. Afgezien van depotpreparaten moe-

ten andere injectievloeistoffen dagelijks worden toegediend. Langdurige behandeling kan door infiltraten op de injectieplekken soms onmogelijk worden.

3 Antipsychotica

Antipsychotica kunnen worden gebruikt bij de behandeling van psychotische symptomen in het kader van bijvoorbeeld schizofrenie of schizoafectieve stoornis en voor het voorkómen van terugval. Daarnaast kunnen zij een plaats hebben bij de bestrijding van manie en ernstige opwindings-toestanden. Van de eerstegeneratieantipsychotica zijn voor parenterale behandeling haloperidol en zuclopentixol beschikbaar (tabel B5.1). De dosis moet ten opzichte van orale behandeling worden gehalveerd. Van de nieuwe atypische middelen bestaat alleen van olanzapine een kortwerkende vorm voor injectie. Het is belangrijk om te beseffen dat olanzapine-injecties uitsluitend zijn geregistreerd voor de behandeling van agitatie en verstoord gedrag bij schizofrenie of een manische episode indien orale therapie niet geschikt is. Als het middel wordt ingezet voor de behandeling van een psychose, is sprake van *off label*-gebruik, met alle consequenties van dien. Zowel bij geïnjecteerde eerstegeneratieantipsychotica als bij olanzapine zijn letale complicaties beschreven. Het is echter onduidelijk of dit aan de toegediende middelen is toe te schrijven, of dat het te maken heeft met de ernst van het psychiatrische toestandsbeeld, of onzorgvuldig gebruik. Daarnaast zijn meerdere eerstegeneratieantipsychotica en risperidon als depot beschikbaar.

Van clozapine kan een toebereiding voor intramusculaire injectie worden gemaakt. De dosis moet ten opzichte van orale behandeling worden gehalveerd. Clozapine heeft naast zijn bijzondere effect bij therapieresistente schizofrenie ook een aantal werkingen die bijzonder interessant zijn in verband met dwangbehandeling, zoals een superieure werking op suïcidaliteit, vijandigheid en agressie (Glazer & Dickson, 1998; Volavka e.a., 2004; Hennen J, & Baldessarini, 2005; Meltzer e.a., 2003).

Tabel B5.1 Psychofarmaca voor parenterale toediening*

<i>Medicijn (land van registratie buiten Nederland)</i>	<i>Aflevering</i>	<i>Biologische beschikbaarheid</i>	<i>Toelichting</i>
<i>Antipsychotica</i>			
<i>Kort en middellang werkend</i>			
Clozapine (voorheen Duitsland)	50 mg/2 ml	F = 50-60%	Startdosis 1 of 2 maal 12,5 mg/d i.m.; maximale dosis 300 mg in meerdere giften over de dag verdeeld. Stichting Ziekenhuisapotheek Venray bereidt de ampullen.
Haloperidol	5 mg/ml	F = 60%	Als extra snelle werking gewenst is, kan haloperidol ook langzaam intraveneus worden toegediend.
Olanzapine	10 mg/ml	F=100%**	Geregistreerd voor de behandeling van opwindingstoestan- den.
Zuclopentixol	10 mg/ml	F = 50%	T _{max} 2 uur, geschikt als snelle werking gewenst is.
Zuclopentixolacetaat	50 mg/ml	F = 50%	T _{max} 24 tot 48 uur, geschikt als problemen met orale inname gedurende enige dagen verwacht worden.
<i>Lang werkend</i>			
Broomperidoldecanoaat	50 mg/ml	-	-
Flufenazinedecanoaat	25 of 100 mg/ml	-	-
Flupentixoldecanoaat	(20 of 100 mg/ml)	-	-
Fluspirileen	1,5 mg/0,75 ml	-	-
Haloperidoldecanoaat	50 of 100 mg/ml	-	-
Perfenazineantheaat (Duitsland)	100 mg/ml	-	-
Risperidondepot	25, 37,5 of 50 mg/2 ml	-	-
Zuclopentixoldecanoaat	200 of 500 mg/ml	-	-

Tabel B5.1 Vervolg

<i>Medicijn (land van registratie buiten Nederland)</i>	<i>Aflevering</i>	<i>Biologische beschikbaarheid</i>	<i>Toelichting</i>
<i>Antidepressiva</i> Clomipramine (Duitsland)	25 mg/2 ml	F = 50%	Start met een of twee ampullen i.m. per dag, dagelijks verhogen met een ampul tot 4 tot 6 ampullen/dag. Kan ook als infuus in 250 ml 0,9% fysiologisch NaCl-oplossing of 5% glucoseoplossing goed gemengd en tijdens 2 of 3 uur worden toegediend. Tot 3 keer daags een ampul i.m. gedurende enkele dagen. 75 mg kan als intraveneuze injectie gedurende 3 minuten ineens worden gegeven. Ook infuus mogelijk (zie clomipramine). Tot 2 ampullen in 250 ml gedurende 1,5 tot 2 uur, daarboven 500 ml gedurende 2 tot 3 uur. Dosis kan dagelijks met een ampul worden verhoogd. Bij opgenomen patiënten maximale dosis: 9 ampullen.
Maprotiline (Duitsland)	25 mg/2 ml		Infuus gedurende een uur met 20 mg citalopram per dag verdund in 250 ml 0,9% fysiologisch NaCl-oplossing of 5% glucoseoplossing. De dosis kan tot 60 mg worden verhoogd, bij ouderen tot 40 mg en bij patiënten met beperkte leverfunctie tot 30 mg.
Citalopram (Duitsland)	20 mg/0,5 ml	F = 80%	Start met 6 mg/d en binnen 14 dagen verhogen tot 21 mg/d als infuus gedurende 2 uur in 500 ml 5% glucoseoplossing.
Mirtazapine (Duitsland)	6 mg/2 ml		

Sedativa en andere

Clonazepam	1 mg/ml	F = 90%	1 mg langzaam i.v., max. 13 mg per dag.
Clorazepinezuur	50 mg/2,5 ml		Kan ook langzaam i.v. worden geïnjecteerd of als infuus in 250 ml 0,9% fysiologisch NaCl-oplossing of 5% glucoseoplossing.
Diazepam	10 mg/2 ml		Alleen de o/w-emulsie heeft een goede intramusculaire resorptie. Intraveneuze injectie dient vanwege het risico van apneu langzaam (0,5-1 ml/min.) te gebeuren.
Lorazepam	4 mg/ml	F = 90%	Moet gekoeld worden bewaard.
Midazolam	1 of 5 mg/ml	F _{im.} = >90%	T _{max} i.v. = 2,5 min., T _{max} i.m. = 20 min. Aanwezigheid van reanimatiefaciliteiten nodig.
Promethazine	25 mg/ml	F = ?	I.m. 25-50 mg, max. 100 mg per dag; i.v. 25-50 mg per dag.
Valproïnezuur	300 mg/3 ml	F = 100%	De toediening via i.v. injectie dient langzaam te geschieden. Start gewoonlijk tot 10 mg/kg via langzame i.v. injectie gedurende 3-5 min. of per infuus, gevolgd door een continue of herhaalde infusie van 1-2 mg/kg/uur tot maximaal 2500 mg/dag. Valproïnezuur kan worden verdund in 0,9% fysiologisch NaCl-oplossing of 5% glucoseoplossing.

* Intramusculaire toediening tenzij anders vermeld

** David e.a., 2002

4 Antidepressiva

In het buitenland zijn clomipramine, maprotiline, citalopram en mirtazapine voor injecties of een kort infuus geregistreerd. Een dwangbehandeling kan worden overwogen bij opgenomen en veelal psychotische depressieve patiënten. Tricyclische middelen hebben bij deze beelden de voorkeur boven een modern antidepressivum. Bij een depressieve stoornis met psychotische kenmerken kan combinatie met een antipsychoticum nodig zijn. ECT is eerste keuze wanneer snelle werking levensreddend kan zijn, zoals bij katatonie of voedsel- en vochtweigering.

5 Benzodiazepinen en andere sedativa

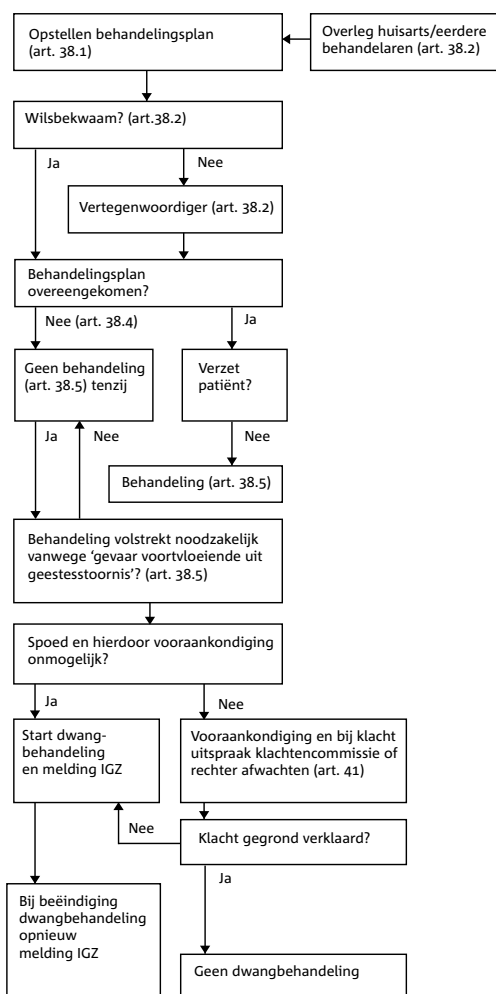
Verschillende benzodiazepinen (clonazepam, clorazepaat, diazepam, lorazepam, midazolam) en promethazine zijn beschikbaar voor injectie en kunnen worden ingezet om te sederen. De dosis van de benzodiazepinen hoeft ten opzichte van een orale behandeling niet te worden aangepast. Deze kunnen intramusculair en bij hoge urgentie ook intraveneus worden geïnjecteerd. Bij diazepam heeft alleen de o/w-emulsie een betrouwbare intramusculaire resorptie. Ademstilstand is bij injecties met benzodiazepinen beschreven, maar overwegend bij intraveneuze toediening. Haloperidol kan ook in een menginjectie met lorazepam (5 mg haloperidol plus 2 tot 4 mg lorazepam i.m.) worden gegeven wat de werking potentieert (Bieniek e.a., 1998; Graza-Trevino e.a., 1989; Battaglia e.a., 1997). Ook kan haloperidol worden gecombineerd met promethazine (5-10 mg haloperidol plus 50 mg promethazine i.m. in één spuit) (TREC Collaborative Group, 2003; Alexander e.a., 2004). De ervaring met de haloperidol-promethazinecombinatie leert dat extrapyramidale symptomen weinig optreden. Voor opwindingstoestanden zijn hiermee naast monotherapie met intramusculaire injectie van een klassiek antipsychoticum, olanzapine of een benzodiazepine ook deze menginjecties beschikbaar.

Bijlage 6

Beslisboom Dwangbehandeling

Wet Bopz

NB deze bijlage is gebaseerd op de situatie van voor 1 juni 2008.



Bijlage 7

Overzicht instrumenten Wet Bopz

De richtlijncommissie achtte het nuttig in deze bijlage een kort, niet uittputtend, overzicht te geven van de ‘instrumenten’ die de Wet Bopz beschikbaar stelt aan de psychiater, mede om de keuze voor het ene of het andere instrument op enig moment zorgvuldig te kunnen motiveren. Stilgestaan wordt bij de verschillende modaliteiten van ambulante en klinische dwang.

1 Verschillende modaliteiten van ambulante drang en dwang

In deze paragraaf komen aan de orde de voorwaardelijke machtiging, de zelfbinding en ontslag onder voorwaarden.

1.1 Voorwaardelijke machtiging

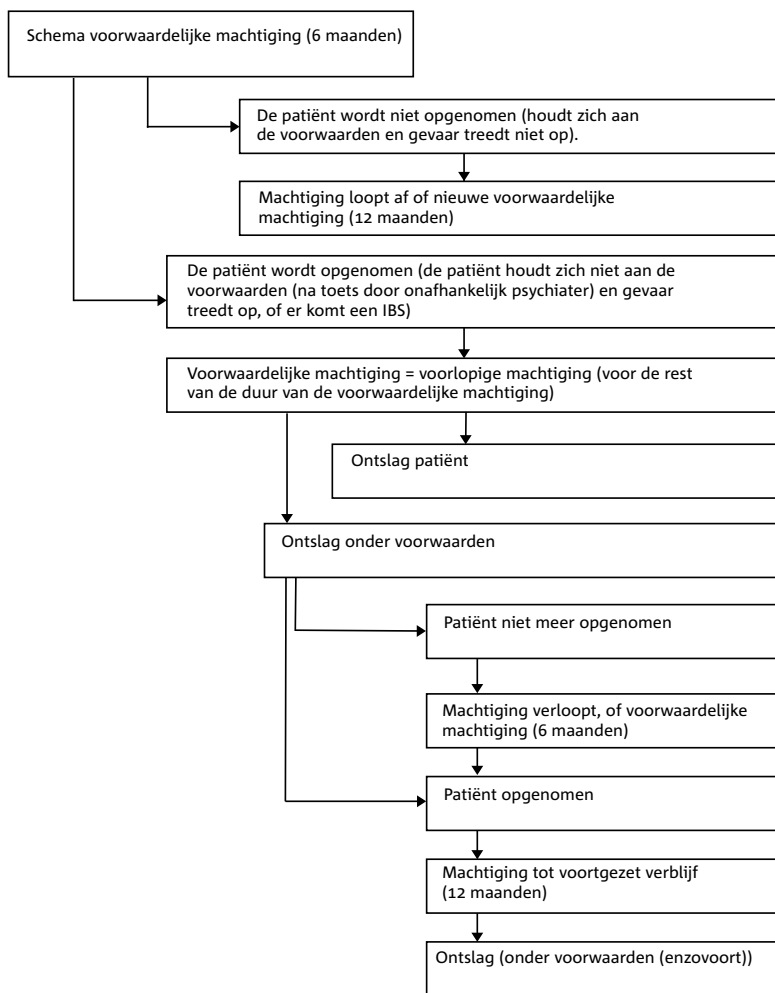
De voorwaardelijke machtiging is bedoeld om gevaar af te wenden, door afspraken te maken met de patiënt over de begeleiding en behandeling buiten het ziekenhuis. De voorwaardelijke machtiging is vanaf 1 januari 2004 in de wet opgenomen, mede ter vervanging van de officieuze ‘parapluregeling’. Het is de bedoeling dat de betrokkene door het naleven van de overeengekomen voorwaarden een opname in het ziekenhuis kan voorkomen.

De voorwaardelijke machtiging geldt uitsluitend voor de sector psychiatrie, niet voor de verstandelijkgehandicaptenzorg en de psychogeriatric. De criteria waaraan een patiënt moet voldoen om in aanmerking te komen voor een voorwaardelijke machtiging, zijn volgens de wet hetzelfde als voor de gedwongen opname (IBS en voorlopige machtiging). De voorwaardelijke machtiging heeft een duur van maximaal zes maanden, en aansluitend is een nieuwe voorwaardelijke machtiging mogelijk met een duur van ten hoogste een jaar. De voorwaardelijke machtiging kan ook op eigen verzoek worden afgegeven. Voor een uitvoerige beschrijving van de voorwaardelijke machtiging zie Wet Bopz hoofdstuk II, § 1a, art. 14a t/m 14g, en Keurentjes (2005).

Begin 2005 stelde de Hoge Raad vast dat een voorwaardelijke machtiging slechts verleend mag worden indien de patiënt uitdrukkelijk heeft ingestemd met de voorwaarden. Om de voorwaardelijke machtiging breder te

kunnen toepassen, stelde het kabinet een wetswijziging voor (nr 30.492, zie bijlage 11), die najaar 2007 in de Eerste Kamer zou worden behandeld. Het valt te verwachten dat het te zijner tijd voor het verlenen van een voorwaardelijke machtiging ook voldoende zal zijn wanneer de rechter het vertrouwen heeft dat de patiënt – ondanks het ontbreken van diens uitdrukkelijke instemming – zich daadwerkelijk aan de voorwaarden zal houden.

Het behandelplan met daarin opgenomen de voorwaarden vormt de kern van de voorwaardelijke machtiging. De behandelaar stelt in overleg met de overige behandelaars, de huisarts en de patiënt het behandelplan op. In het behandelplan staan de voorwaarden waaraan een patiënt moet voldoen om ervoor te zorgen dat het gevaar blijft afgewend. De voorwaarden zijn de therapeutische middelen die gebruikt zullen worden voor het afwenden van het gevaar buiten het ziekenhuis. Deze therapeutische middelen betreffen bijvoorbeeld het gebruik van medicijnen (oraal of depot-), het verschijnen op afspraken, de deur opendoen bij een huisbezoek, behandelaars te woord staan, afspraken over dagbesteding, afspraken over deelname aan werk- en/of leerprojecten, afspraken over middelenmisbruik (niet bezoeken van een coffeeshop, laten afnemen van bloed- en urinemonsters), en het vertonen van bepaalde gevaarlijke gedragingen (bijvoorbeeld zichzelf verwaarlozen of anderen bedreigen). Overbodige of in verhouding tot het af te wenden gevaar te zware voorwaarden mogen niet gesteld worden (*least restrictive*-principe). In het behandelplan staat hoe de behandelaar toeziet op de naleving van de voorwaarden en het afwenden van het gevaar.

Figuur B7.1 Schema voorwaardelijke machtiging (6 maanden)

Tussentijdse wijziging van het behandelplan is mogelijk met instemming van de patiënt en in kennisstelling van de rechtbank en de officier van justitie. Wanneer een patiënt zich niet aan de voorwaarden houdt die in het behandelplan zijn opgenomen, kan een patiënt worden opgenomen in een psychiatrische ziekenhuis. Eerst onderzoekt een onafhankelijk psychiater de patiënt en vervolgens beslist de geneesheer-directeur hierover, na de patiënt gehoord te hebben. Ook deze procedure zal na wetswijziging 30.492 (zie bijlage 11) enigszins veranderen, waarbij het oordeel van een onafhan-

kelijk psychiater niet meer noodzakelijk zal zijn. Wanneer een patiënt met een voorwaardelijke machtiging gedwongen wordt opgenomen, wordt de voorwaardelijke machtiging omgezet in een voorlopige machtiging. Wetswijziging 30.492 zal de mogelijkheid openen van een vrijwillige opname ten tijde van een voorwaardelijke RM.

1.2 Zelfbinding

De zelfbindingsmachtiging behoort medio 2007 nog niet tot het formele repertoire van de Bopz, al is zij de Tweede en Eerste Kamer reeds gepasseerd (zie bijlage 9 en 11 voor actuele informatie). Te verwachten valt dat deze machtiging spoedig kracht van wet zal krijgen. De zelfbindingsmachtiging is een gecompliceerde wet, waarin van psychiaters verschillende activiteiten wordt verwacht. Te verwachten valt dat dit zal leiden tot terughoudendheid bij sommige psychiaters. Echter, alle veldpartijen vinden zelfbinding zeer belangrijk. Het doet recht aan autonomie van personen en aan hun ervaringsdeskundigheid. Velen hopen op een preventief effect: de patiënt weet nu dat er desnoods dwangopname komt en zal zich daardoor sneller vrijwillig laten behandelen. Bovendien hoopt men dat de drempel voor die behandeling minder hoog zal zijn, omdat de patiënt hiervoor in het verleden heeft gekozen.

1.2.1 De zelfbindingsverklaring

Om de in het wetsvoorstel vastgelegde stappen te kunnen begrijpen, moet men het onderscheid tussen de zelfbindings*verklaring* en de zelfbindings*machtiging* in het oog houden. Volgens art. 34a lid 1 zal een persoon van 16 jaar en ouder die in staat is zijn wil te bepalen wat betreft opname, verblijf en behandeling, zich ‘met een daartoe strekkende *verklaring*’ kunnen verbinden tot opname, verblijf en behandeling van zijn stoonis, indien bepaalde omstandigheden, omschreven in die verklaring, zich voordoen. Volgens art. 34a lid 2 is een rechterlijke machtiging vereist, de ‘zelfbindings*machtiging*’, indien die omstandigheden zich voordoen en de betrokkene geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opname, verblijf of behandeling in het psychiatrische ziekenhuis (dit geldt niet voor inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten, noch voor het verpleeghuis). Zo kan dus een wilsbekwame persoon samen met zijn psychiater een ‘zelfbindingsverklaring’ opstellen. Daarin beschrijft hij de omstandigheden en (vroege) symptomen die ingrijpen nodig maken (bijvoorbeeld: niet meer slapen, teveel geld uitgeven, wanen). Ook staat in die verklaring wat er in die omstandigheden moet gebeuren aan opname en behandeling. Wanneer die omstandigheden zich voordoen en de persoon zich niet vrijwillig wil laten opnemen of behandelen, dan moet eerst een ‘zelfbindingsmachtiging’ worden aangevraagd en nadien worden afgegeven door de rechter. Pas daarna kan het eerder opschreven behandelplan (met dwangopname en

eventueel dwangbehandeling in de kliniek) worden uitgevoerd. Essentieel is dat voor de genoemde 'omstandigheden' niet noodzakelijk is dat de stoornis de betrokkene gevaar doet veroorzaken. Daarmee is de zelfbindingsmachtiging de enige RM die niet het gevaarscriterium centraal stelt. Omdat de zelfbindingsverklaring vergaande betekenis heeft, worden er eisen aan verbonden (art. 34b). De zelfbindingsverklaring:

- moet worden opgesteld door een aan het ziekenhuis verbonden psychiater en de patiënt samen;
- moet vermelden onder welke omstandigheden de patiënt in het ziekenhuis waaraan de psychiater verbonden is, wil worden opgenomen en verblijven;
- moet vermelden welke behandeling de patiënt in dat geval ter bestrijding van de stoornis in het ziekenhuis wil ondergaan voor maximaal zes weken.

Voorts dient (art. 34c) een andere psychiater (die niet bij de behandeling betrokken was) die de patiënt kort tevoren heeft onderzocht, te verklaren dat patiënt de verklaring heeft afgelegd 'terwijl hij in staat was de inhoud en gevolgen daarvan te overzien.' Het gaat dus om de vraag of de patiënt wilsbekwaam was. Daarnaast moet die psychiater verklaren dat het in de verklaring voorgestelde behandelplan haalbaar en effectief lijkt. Vervolgens dient die zelfbindingsverklaring (art. 34d):

- gedateerd en ondertekend te worden door zowel patiënt als beide psychiaters;
- in afschrift te worden gegeven aan de patiënt;
- te worden verzonden aan ten minste één door de patiënt te noemen persoon en aan de inspecteur (ten behoeve van een register bij te houden door de hoofdinspectie);
- en eventueel aan een andere (bijvoorbeeld ambulante) behandelaar.

Deze zelfbindingsverklaring (art. 34e):

- heeft een geldigheidsduur van één jaar;
- moet worden vernieuwd bij wijziging van de behandelaar;
- kan telkens voor eenzelfde periode worden verlengd volgens de procedure van 34b en 34d (en soms ook weer stap 34c met de onafhankelijke psychiater);
- kan worden ingetrokken, waarbij stap 34c niet hoeft te worden gevolgd als de eigen psychiater (art. 34b) het met de patiënt eens is.

1.2.2 De zelfbindingsmachtiging

Ondanks deze zware eisen kan men met deze zelfbindingsverklaring niet iemand zomaar tegen zijn wil opnemen. Wanneer de in de verklaring omschreven omstandigheden (bijvoorbeeld dreigende manie) zich voordoen en de betrokkene op dat moment geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opneming, verblijf of behandeling, moet de rechter (art. 34f) eerst

een ‘zelfbindingsmachtiging’ verlenen. Deze zelfbindingsmachtiging moet worden aangevraagd (art. 34g) door de psychiater uit art. 34b, of door de behandeld psychiater, of door de persoon die van de patiënt (art. 34d) een afschrift heeft gekregen. Bij dat verzoek voor een zelfbindingsmachtiging moeten worden overgelegd: een verklaring van de psychiater uit art. 34 b en een verklaring van een psychiater die de betrokkene kort tevoren heeft onderzocht, maar niet bij diens behandeling betrokken was.

Deze psychiaters moeten verklaren dat er sprake is van de omstandigheden die zijn beschreven in de zelfbindingsverklaring. Deze aanvragen moeten door de rechter beoordeeld worden. De rechter beslist binnen vijf werkdagen tot een zelfbindingsmachtiging. Daarvan krijgt eenieder weer afschriften. De zelfbindingsmachtiging heeft een duur van ten hoogste de termijn die vermeld staat in de zelfbindingsverklaring, die maximaal zes weken mag zijn. De zelfbindingsmachtiging vervalt wanneer inmiddels een IBS of voorlopige machtiging is verleend. In dat geval behoudt de zelfbindingsverklaring wel een zekere status: als een specifieke behandelverklaring (art. 34p), waarbij de patiënt zich verbindt tot een bepaalde behandeling indien hij is opgenomen.

Er wordt een artikel 38a toegevoegd, waarin staat dat bij een persoon met een verklaring ex art. 34 p (onverminderd art. 38.5) ‘de in de verklaring voorziene behandeling kan worden toegepast, ook indien de patiënt zich daartegen verzet’. Hierbij wordt dus dwangbehandeling mogelijk, zónder dat sprake is van gevaar (op de afdeling). Door artikel 34p ontstaat nog een andere mogelijkheid, namelijk dat de patiënt een verklaring aflegt zoals in artikel 34b tot en met 34e, die slechts geldig wordt wanneer hij of zij gedwongen in het ziekenhuis zou worden opgenomen. Het gaat dan dus om zelfbinding inzake behandeling, ingeval op andere gronden een IBS of RM van kracht zou worden. De patiënt machtigt dan dus niet tot opname, maar wel tot dwangbehandeling in geval van dwangopname.

Echter, bij al deze regelingen is (art. 34n1) hoofdstuk III Bopz niet van toepassing! Dat betekent dat de behandelaar de patiënt niet op de gesloten afdeling mag plaatsen, geen post mag controleren en niet kan besluiten tot middelen of maatregelen indien die niet in de zelfbindingsverklaring staan opgenomen!

Ten slotte regelt de wet het ontslag op een andere wijze dan bij andere machtigingen. De geneesheer-directeur is verplicht de patiënt te ontslaan wanneer die weer tot redelijk functioneren buiten het ziekenhuis in staat is, of als de geldigheidsduur van de machtiging is verstreken. De wet voorziet hierbij niet in voorwaardelijk ontslag of in ontslag op verzoek.

1.2.3 Een vooruitblik op de praktijk van zelfbinding

Het zal nauw luisteren om met een patiënt als behandelaar(s) een zelfbindingsverklaring op te stellen. De richtlijncommissie adviseert om daarbij

zowel een ambulante psychiater als een klinische psychiater te betrekken. De ambulante psychiater zal indiceren, maar de klinische psychiater zal daarna de gevraagde (dwang-) behandeling moeten uitvoeren. Deze beide psychiaters moeten het dus eens zijn met de behandelwensen van de patiënt. Deze psychiaters en de derde onafhankelijk psychiater zullen allen zorgvuldig moeten afwegen wat zij als professionals in die verklaring willen laten opnemen door de patiënt, opdat die wensen van de patiënt ook uitvoerbaar zullen blijken. Zij kunnen slechts akkoord gaan met in de toekomst haalbare regelingen en afspraken.

Zo adviseren wij een standaardclausule op te nemen, volgens welke de patiënt het ziekenhuis toestaat om hem of haar zo nodig te verplegen op een gesloten afdeling of zelfs in een separeerverblijf en hem of haar zo nodig onder fysieke dwang medicatie te geven. Daarnaast kan het nuttig zijn afspraken vast te leggen over onderzoek naar bijwerkingen (bijvoorbeeld bloedonderzoek) of controle op drugs. Een patiënte met anorexia nervosa zal bijvoorbeeld in haar zelfbindingsverklaring moeten beschrijven dat zij niet slechts sondevoeding onder dwang toestaat, maar tevens de fysieke middelen die daarvoor nodig kunnen zijn (vasthouden, fixeren).

Een ander aandachtspunt zal de mogelijkheid van de 'negatieve wilsverklaring' betreffen. In de parlementaire behandeling is de ruimte gelaten voor de patiënt om een zogeheten negatieve wilsbeschikking in de zelfbindingsverklaring op te nemen. Psychiaters zullen terughoudend moeten zijn tegenover al te stellige negatieve wilsuitingen. Wel kan men bijvoorbeeld samen met de patiënt in de verklaring opnemen dat hij of zij 'slechts in het uiterste geval' een bepaald medicament of separeerverblijf accepteert. Maar een totale afwijzing van bepaalde medicatie of verpleegmiddelen wordt door de commissie ontraden, omdat anders in een kliniek onmogelijke situaties kunnen ontstaan.

2 Verschillende modaliteiten van dwangopname

In deze paragraaf komen aan de orde: de inbewaringstelling, voorlopige machtiging, machtiging tot voortgezet verblijf, de machtiging op eigen verzoek en de observatiemachtiging.

2.1 Inleiding

In de wet Bopz is dwangopname mogelijk via een spoedprocedure: de inbewaringstelling (IBS), die verlengd wordt middels een machtiging tot voortzetting van de IBS, en via een rechterlijke machtiging: de voorlopige machtiging (VM), de machtiging op eigen verzoek en de observatiemachtiging. Indien een voorlopige machtiging na een bepaalde periode verlengd moet worden, zal er een machtiging voortgezet verblijf (MVV) aangevraagd

moeten worden. Alle vormen hebben een eigen procedure en zijn respectievelijk geregeld in hoofdstuk II van de wet, in de artikelen 20-31 (IBS) en de artikelen 2-14 (voorlopige machtiging, MvV en observatiemachtiging) en de artikelen 32-34 (machtiging op eigen verzoek).

2.2 Inbewaringstelling (IBS) en machtiging tot voortzetting van IBS: art. 20-31

Indien een (voorlopige) machtiging niet kan worden afgewacht, is het mogelijk om een patiënt via een spoedprocedure tegen zijn of haar wil op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis middels een inbewaringstelling (IBS). De wet stelt dat het gevaar acuut of onmiddellijk dreigend moet zijn (art. 20 lid 2 sub c). Dit betekent dat het gevaar zich niet hoeft te hebben geopenbaard, maar er moet wel degelijk een reële dreiging zijn die acuut is. Dit zegt echter niets over de ernst van het gevaar. Daarnaast is voldoende dat er een ernstig vermoeden bestaat dat er sprake is van een psychiatrische stoornis die dit gevaar doet veroorzaken (art. 20 lid 2 sub b). De diagnostiek hoeft dus niet volledig te zijn en kan een voorlopig karakter hebben, omdat het een spoedmaatregel betreft en er door het (acute) gevaar geen volledig onderzoek afgewacht kan worden.

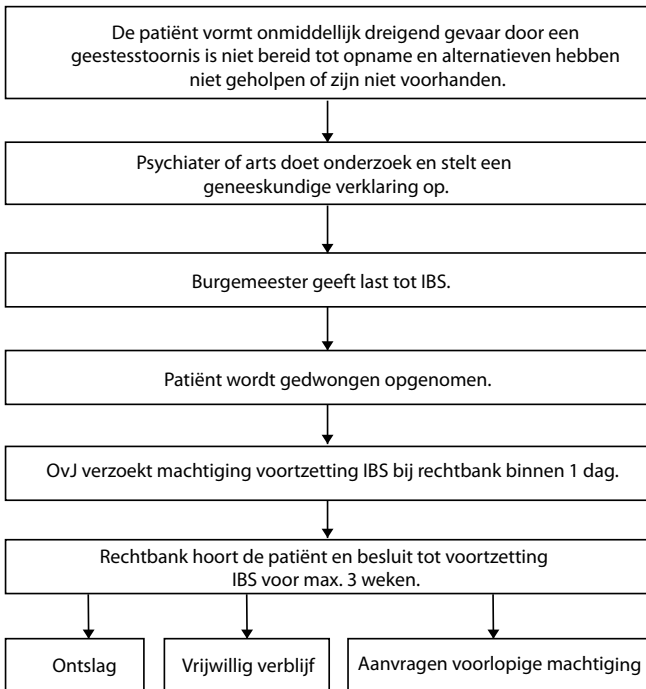
Het gevaar kan niet worden afgewend door tussenkomst van personen en instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis (art. 20 lid 2 sub d) en de patiënt moet 12 jaar of ouder zijn en geen blijk geven van de nodige bereidheid om zich te laten opnemen (art. 20 lid 2 sub d). Wanneer aan deze cumulatieve voorwaarden is voldaan, kan de burgemeester bij beschikking een last tot inbewaringstelling afgeven (art. 20 lid 1). De burgemeester kan zijn bevoegdheid mandateren aan een wethouder of meerdere wethouders. Blanco volmachten, zoals in het verleden nog wel werden afgegeven, mogen niet worden gebruikt. Een afschrift van de beschikking dient te worden overlegd aan de betrokkene (art. 20 lid 3) en aan het ziekenhuis dat de patiënt opneemt (art. 20 lid 7). Voorafgaande aan de last van de burgemeester dient een bij voorkeur niet behandelend psychiater of, indien dat niet mogelijk is, een niet behandelend arts, een (schriftelijke) geneeskundige verklaring op te stellen (art. 21 lid 1), nadat deze de betrokken patiënt, voor zover mogelijk, heeft onderzocht (art. 21 lid 3). Het onderzoek kan soms niet (volledig) plaatsvinden omdat de betrokken patiënten zich in hun huis opsluiten of anderszins contact weigeren.

De arts pleegt zo mogelijk tevoren overleg, bij voorkeur met de behandelende psychiater en/of de huisarts (art. 21 lid 2). De burgemeester kan pas over de beschikking beslissen als deze beschikt over de geneeskundige verklaring. Met de huidige onlinemogelijkheden is dit tegenwoordig goed en snel georganiseerd.

De officier van justitie zal, indien deze van oordeel is dat het gevaar nog voordoet, bij de rechter een machtiging tot voortzetting van de inbewa-

ringstelling verzoeken (art. 27 lid 1), die maximaal drie weken mag duren (art. 30). De patiënt krijgt een raadsman toegevoegd. De rechter hoort de betrokken patiënt en eventueel anderen, zoals naasten (bijvoorbeeld familie), de beoordelend arts of psychiater en de behandelend arts of psychiater (art. 29 lid 1 en 2).

Figuur B7.2 Schema inbewaringstelling en machtiging voortzetting IBS



OvJ officier van justitie

2.3 Voorlopige machtiging (art. 2-14)

De voorlopige machtiging kan aangevraagd worden voor personen die in het ziekenhuis verblijven of elders (onder andere thuis). De voorwaarden waaronder een machtiging wordt afgegeven zijn hiervoor gemeld: er moet sprake zijn van een geestesstoornis die gevaar veroorzaakt en dat niet afgewend kan worden door tussenkomst van personen of instellingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis. Ook moet de nodige bereidheid tot opname ontbreken (art. 2).

Verskillende personen (onder anderen echtgenoot, ouder, curator of

mentor) kunnen de officier van justitie (OvJ) verzoeken een voorlopige machtiging aan te vragen (art. 4). Er moet een (schriftelijke) geneeskundige verklaring opgesteld worden door een psychiater die niet bij de behandeling betrokken is en die de betrokkene kort tevoren heeft onderzocht (art. 5). Bij in een ziekenhuis verblijvende patiënten stelt de geneesheer-directeur een geneeskundige verklaring op, behalve als hij bij de behandeling betrokken is geweest; hij mag het ook aan een andere niet-behandelend psychiater overlaten. In tegenstelling tot bij de IBs mag bij een voorlopige machtiging een arts niet de verklaring opstellen; wel mag een arts betrokken zijn bij het onderzoek, maar de psychiater moet de patiënt zelf hebben onderzocht. De psychiater die het onderzoek doet, moet langer dan een jaar geen behandelcontacten met de betrokken patiënt hebben gehad.

De geneeskundige verklaring moet inzicht verschaffen in de actuele situatie en moet met redenen omkleed zijn. Er moet, voor zover mogelijk, overleg plaatsvinden met de behandelend psychiater en de huisarts van de betrokkene. De OvJ verzoekt vervolgens de rechtbank een voorlopige machtiging te verlenen, maar kan daarvan afzien voor zover deze het verzoek ongegrond acht, of er minder dan een jaar verstreken is sinds een vorig verzoek waarbij de machtiging is afgewezen (art. 6 lid 1 en 2). Alleen voor in het ziekenhuis verblijvende patiënten stelt de wet een termijn aan het indienen van het verzoek door de OvJ, namelijk twee weken. Wanneer het verzoek bij de betrokken rechtbank binnen is, wordt een zitting gepland om de betrokken patiënt te horen, tenzij de rechter vaststelt dat de betrokkene niet bereid is zich te laten horen (art. 8). Personen die onder curatele zijn gesteld of een mentor hebben, zijn bekwaam om in deze procedure op te treden. De betrokkene krijgt een raadsman toegevoegd. De rechter kan ook anderen horen (onder anderen echtgenoot, familie, behandelend arts of psychiater) en kan onderzoek door deskundigen bevelen (bijvoorbeeld een andere psychiater) of getuigen horen.

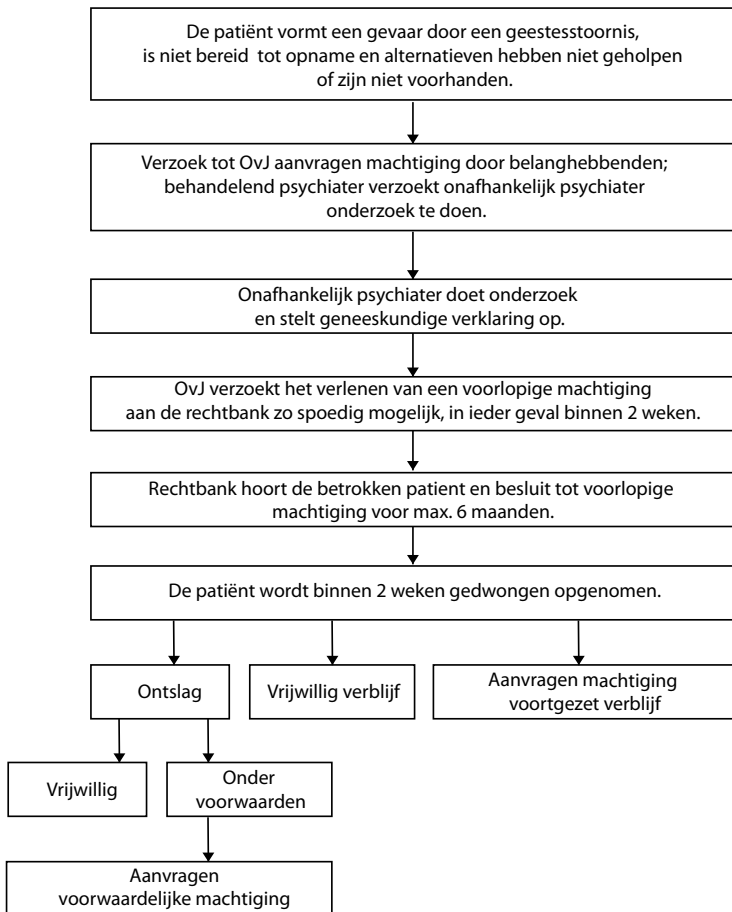
De rechtbank kan, indien deze meent dat een andere maatregel meer op zijn plaats is, dit aan de officier van justitie bekendmaken en de zitting zo nodig op een later tijdstip voortzetten (art. 8a). Een inmiddels bekend voorbeeld uit de praktijk is de situatie wanneer ambulante voorlopige machtiging of een machtiging tot voortgezet verblijf wordt aangevraagd (bij een patiënt met ontslag onder voorwaarden), maar de rechtbank een voorwaardelijke machtiging passender vindt.

De rechtbank beslist zo spoedig mogelijk, in ieder geval binnen drie weken (art. 9). Binnen twee weken na de beslissing van de rechtbank moet het vonnis uitgevoerd worden, wat betekent dat de betrokken patiënt binnen twee weken opgenomen moet worden (art. 10). In de praktijk, waarbij in sommige regio's in Nederland een capaciteitsprobleem bestaat wat betreft gesloten opnamebedden, betekent dit dat afhankelijk van de noodzaak (ernst gevaar, ernst stoornis, uitputting systeem) de opname eerder of juist

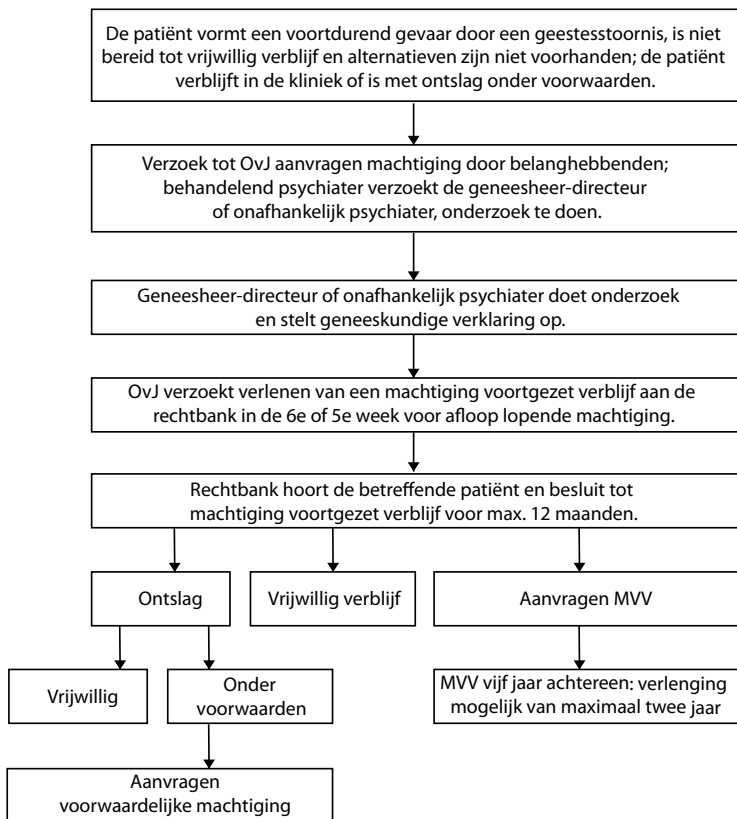
later binnen de twee weken plaats zal vinden.

De officier van justitie heeft de bevoegdheid om een ziekenhuis te bevelen een patiënt op te nemen als deze binnen een week na de beschikking van de rechter nog niet tot opname is overgegaan. De voorlopige machtiging heeft een geldigheidsduur van zes maanden (art. 10 lid 4).

Figuur B7.3 Schema voorlopige machtiging



OvJ officier van justitie

Figuur B7.4 Schema machtiging tot voortgezet verblijf

OvJ officier van justitie

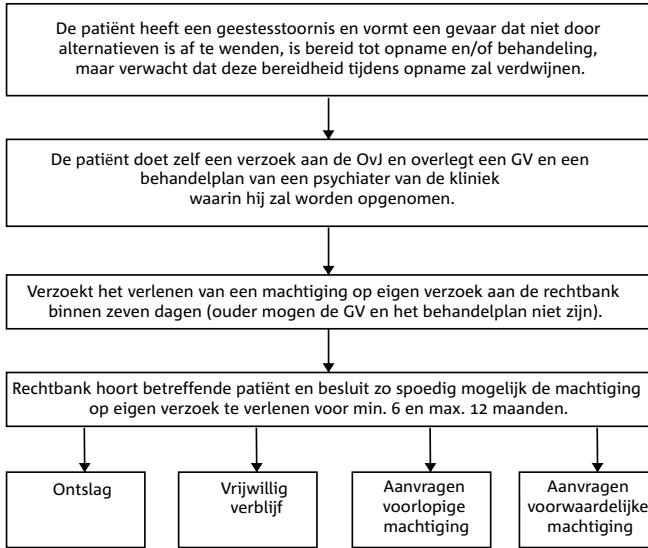
MVV machtiging voortgezet verblijf

2.4 Machtiging tot voortgezet verblijf (art. 15-19)

De machtiging tot voortgezet verblijf kan worden aangevraagd als een verlenging van de voorlopige machtiging, of als een verlenging van de machtiging voortgezet verblijf (mvv) zelf voor patiënten die in de kliniek verblijven, als verwacht wordt dat de stoornis ook na afloop van de lopende machtiging nog aanwezig zal zijn en deze de patiënt gevaar zal doen veroorzaken (art. 15). Er is een geneeskundige verklaring van de geneesheer-directeur nodig (art. 16 lid 1) met tevens maandelijkse wettelijke aantekeningen en een behandelplan (art. 16 lid 4). De rechter beslist, nadat de betreffende patiënt is gehoord, en de mvv kan voor maximaal een jaar

afgegeven worden (art. 17 lid 2 en 3). Deze procedure kan elk jaar herhaald worden (art. 18) en kan als de machtiging vijf jaar achtereenvolgens heeft geduurd, voor twee jaar worden verleend (art. 19).

Figuur B7.5 Schema machtiging op eigen verzoek



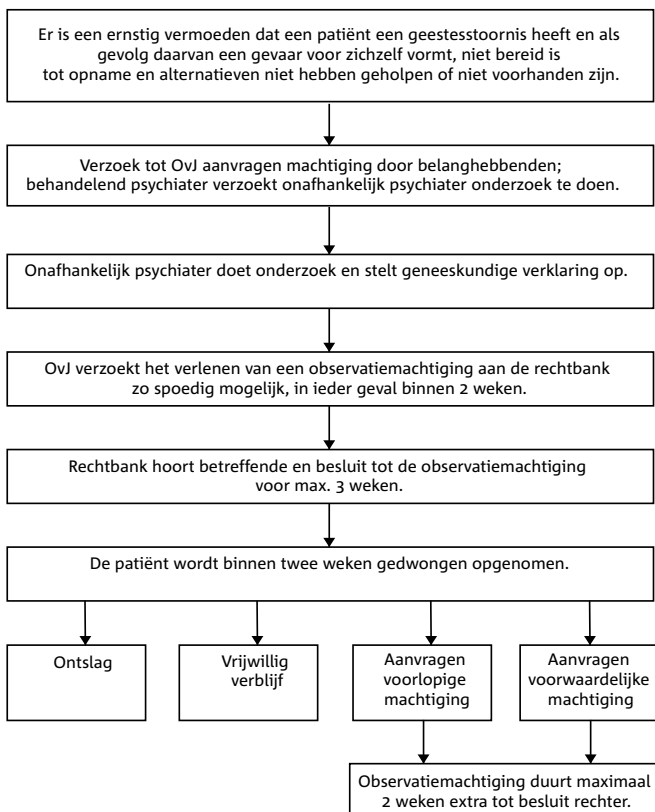
OvJ officier van justitie

GV geneeskundige verklaring

2.5 Machtiging op eigen verzoek (art. 32-34)

De rechterlijke machtiging op eigen verzoek is door de wetgever bedoeld voor patiënten die aan alcohol of drugs verslaafd zijn. Het idee achter deze regeling is dat veel verslaafde patiënten vrijwillige opnamen afbreken en weer terugvallen in gebruik. Met een machtiging op eigen verzoek kunnen zij voorkomen dat zij de opname afbreken en weer terugvallen. In de praktijk blijkt dat deze machtiging weinig gebruikt wordt.

Een patiënt kan schriftelijk een verzoek richten aan de officier van justitie om een rechterlijke machtiging te verkrijgen voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis wanneer hij of zij weliswaar bereid is om een behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis te ondergaan, ook indien die bereidheid tijdens de duur van de machtiging komt te ontbreken. Er moet sprake zijn een geestesstoornis en van gevaar dat niet door alternatieven kan worden afgewend (art. 32). Er is dus geen sprake van de noodzaak van een causaal verband tussen stoornis en gevaar. De machtiging kan minimaal zes maanden en maximaal een jaar gelden (art. 34).

Figuur B7.6 Schema observatiemachtiging

2.6 Observatiemachtiging (art. 14h-i)

De observatiemachtiging is op 1 januari 2006 van start gegaan, met een 'horizonbepaling', die vereist dat begin 2008 een verslag worden opgesteld over de doeltreffendheid en de effecten van de observatiemachtiging in de praktijk ten behoeve van de beide Kamers. Tevens is bepaald dat de regeling een jaar daarna vervalst, tenzij bij Algemene Maatregel van Bestuur anders zal worden bepaald. De observatiemachtiging is bedoeld om mensen bij wie ernstig vermoed wordt dat er een psychiatrische stoornis en een dreigend gevaar voor henzelf (maatschappelijke teloorgang, zelfverwaarlozing) bestaat, gedwongen op te kunnen nemen om hen te laten observeren. Behandelen onder dwang is dus niet mogelijk tijdens de opname met een observatiemachtiging. De observatie is bedoeld om vast

te stellen of er daadwerkelijk sprake is van een psychiatrische stoornis die betrokkene gevaar voor zichzelf doet veroorzaken. De officier van justitie kan, na een verzoek van belanghebbenden, de rechter verzoeken om een observatiemachtiging te verlenen. Er zal een geneeskundige verklaring van een onafhankelijk psychiater moeten worden opgesteld. De rechter kan, na betrokkenen te hebben gehoord, de machtiging voor ten hoogste drie weken verlenen.

De regels voor het gebruik van middelen en maatregelen en voor dwangbehandeling zijn niet van toepassing tijdens een observatiemachtiging, dus zal er bij een noodsituatie een IBS aangevraagd moeten worden. Wanneer er een IBS is gelast, wordt de observatiemachtiging opgeschort.

Bijlage 8

Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht

De volgende indeling is ontleend aan de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie, Trimbos-instituut, 2005, p. 15.

Voor artikelen betreffende interventie, preventie of therapie

- A1 Systematische reviews die ten minste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn.
- A2 Gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials), van voldoende omvang en consistentie.
- B Gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controleonderzoek).
- C Niet-vergelijkend onderzoek.
- D Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Voor artikelen betreffende diagnostiek

- A1 Onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgde, goed gedifferentieerde patiëntengroep met een tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek op A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening gehouden wordt met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests.
- A2 Onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruikgemaakt zijn van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de

‘gouden standaard’ moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multi-pele, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie.

- B Vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A genoemd staan.
- C Niet-vergelijkend onderzoek.
- D Mening van deskundigen, bijvoorbeeld werkgroepleden.

Niveau van de conclusies

- 1 Op basis van één systematische review (A1) of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2.
- 2 Op basis van ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B.
- 3 Op basis van één onderzoek van niveau A2 of B, of onderzoek(en) van niveau C.
- 4 Op basis van de mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Bijlage 9

Toelichting op de zelfbindingsverklaring

Het volgende is ontleend aan GGZ Nederland, *Nieuwsbrief Wetgeving*, nr. 36, herfst 2007.

1 Inleiding

Een zelfbindingsverklaring is een schriftelijke verklaring van een patiënt, waarin deze zich verbindt tot behandeling of tot opname en behandeling, ook al verzet hij zich daar op dat moment tegen. Met dit instrument wordt inbreuk gemaakt op het tot nu toe in de Wet Bopz neergelegde uitgangspunt dat de patiënt op elk moment zijn eerder gegeven toestemming voor behandeling of opname kan intrekken. Het opstellen van een zelfbindingsverklaring betekent voor de patiënt dat hij zijn eerder gegeven toestemming niet meer kan intrekken. Het instrument van deze verklaring is bedoeld voor mensen die in goede tijden heel goed inzicht hebben in hun ziekte en beseffen dat het in andere tijden slecht met hen gaat en dat zij dan niet goed over zichzelf kunnen beschikken. Anderen hebben slechte en goede perioden, maar hebben in die goede perioden geen enkel inzicht in hun ziekte. Voor deze categorie is dit instrument geen oplossing. De regeling is niet beperkt tot bepaalde stoornissen. Kenmerkend voor de zelfbindingsverklaring is dat het objectieve gevaarscriterium is verlaten. De zelfbinding is bedoeld voor situaties waarin (nog) geen sprake is van gevaar.

De omstandigheden die door de patiënt in samenwerking met anderen (psychiater; bijstand van patiëntenvertrouwenspersoon, de pvp) zijn beschreven, zijn bepalend voor de vraag of iemand al dan niet gedwongen kan worden opgenomen of gedwongen kan worden behandeld. In de zelfbindingsverklaring beschrijft de patiënt op welke wijze hij wel behandeld wil worden en hoe niet. Een negatieve verklaring is dus ook mogelijk. De behandeling waarover wordt gesproken in de verklaring, betreft een limitatieve opsomming; men mag dus alleen maar doen wat daar staat en niets anders. Wanneer een patiënt er behoefte aan heeft in de verklaring uitdrukkelijk op te nemen wat hij niet wil, kan hij dit aangeven in zijn ver-

klaring. Het is hierbij wel van belang of de psychiater zich daarmee kan verenigen. Deze dient immers de verklaring mede te ondertekenen.

2 Twee varianten zelfbindingsverklaring

Er zijn twee varianten van de zelfbindingsverklaring:

variant 1 zelfbindingsverklaring tot behandeling;

variant 2 zelfbindingsverklaring tot opneming, verblijf en behandeling.

2.1 Zelfbindingsverklaring tot behandeling

Een persoon van 16 jaar of ouder die in staat is zijn wil te bepalen (wilsbekwaam is) kan alleen voor behandeling een zelfbindingsverklaring afleggen. Dan regelt de patiënt de (gedwongen) behandeling ingeval hij gedwongen wordt opgenomen, bijvoorbeeld op grond van een IBS of RM. De verklaring maakt dan behandeling tegen de wil van patiënt mogelijk. Zonder deze verklaring kan dwangbehandeling pas plaatsvinden indien patiënt binnen de instelling gevaar veroorzaakt.

2.2 Zelfbindingsverklaring tot opneming, verblijf en behandeling

Een persoon van 16 jaar of ouder die in staat is zijn wil te bepalen (wilsbekwaam is) kan ook over opneming, verblijf en behandeling een zelfbindingsverklaring opstellen. Indien de omstandigheden die beschreven zijn in deze verklaring zich voordoen, kan de patiënt conform de verklaring worden opgenomen en worden behandeld (ook tegen zijn wil) in een psychiatrisch ziekenhuis. Hiervoor moet wel eerst de rechter een zelfbindingsmachtiging verlenen. Deze machtiging kan slechts worden verleend indien de in de verklaring beschreven omstandigheden zich naar het oordeel van de rechter voordoen en de patiënt niet bereid is zich vrijwillig te laten opnemen en behandelen.

2.2.1 Procedurele eisen zelfbindingsverklaring

- Een psychiater stelt de verklaring samen met de patiënt op.
- De patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) verleent op verzoek van patiënt advies en bijstand.
- Een onafhankelijk psychiater beoordeelt de wilsbekwaamheid van de patiënt en de adequaatheid van de behandeling zoals opgenomen in de zelfbindingsverklaring.
- Hiervoor wordt een vastgesteld model gebruikt.
- De verklaring is schriftelijk, voorzien van datum en ondertekend door de patiënt, de psychiater en een onafhankelijke psychiater.

- De patiënt ontvangt de zelfbindingsverklaring en een kopie wordt verstrekt aan minimaal één door patiënt aan te wijzen persoon, de inspecteur voor de gezondheidszorg en de behandelaar (als dat een andere is dan de psychiater waarmee de patiënt de verklaring heeft opgesteld).

2.2.2 Inhoud verklaring

- Omstandigheden beschrijven die moeten leiden tot gedwongen opname of behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis.
- Naam van psychiatrisch ziekenhuis (= ziekenhuis waarin de psychiater werkt).
- Behandeling.
- Duur van de behandeling (maximaal zes weken).

De aard en inhoud van de behandeling en de omstandigheden zullen nauwkeurig beschreven moeten worden. Als de formulering te vaag of te ruim is, is een adequate toets niet mogelijk. Anderzijds kan een te gedetailleerde omschrijving met zich meebrengen dat het gedrag van de patiënt niet overeenkomt met de beschreven omstandigheden, zodat geen zelfbindingsmachtiging kan worden verleend.

2.2.3 Verlenging, wijziging en intrekking zelfbindingsverklaring

De verklaring heeft een geldigheidsduur van één jaar en kan telkens voor één jaar worden verlengd. Tussentijds is wijziging of intrekking mogelijk. Voor verlenging, wijziging en intrekking gelden dezelfde eisen als weergegeven in de paragrafen 2.2.1 Procedurele eisen, en en 2.2.2 Inhoud verklaring. Hierop zijn twee uitzonderingen.

- Bij intrekking is de verklaring van een onafhankelijke psychiater niet vereist indien de psychiater die de zelfbindingsverklaring samen met de patiënt heeft opgesteld, met de intrekking instemt.
- Bij wijziging is de verklaring van een onafhankelijke psychiater niet vereist indien het gaat om wijziging van behandelaar, en deze persoon in de verklaring is vermeld en de patiënt en de nieuwe behandelaar daarmee instemmen.

2.2.4 Verblijf psychiatrisch ziekenhuis met zelfbindingsverklaring tot behandeling (variant 1)

In geval van variant 1 heeft patiënt in een zelfbindingsverklaring opgenomen op welke wijze hij behandeld wil worden indien hij is opgenomen met een IBs of RM. Dwangbehandeling is daardoor al mogelijk nog voordat er sprake is van gevaar. De enige dwangbehandeling die mag worden toegepast, is de behandeling die is opgenomen in de zelfbindingsverklaring en maximaal voor een periode van zes weken. Als deze behandeling daarna nog noodzakelijk is, zal hij moeten worden opgenomen in het behandelingsplan.

Voor deze patiënten die al gedwongen zijn opgenomen met een IBS of RM, is en blijft de Wet Bopz onverkort van toepassing. Dat betekent onder andere dat middelen of maatregelen en andere dwangbehandeling dan opgenomen in de zelfbindingsverklaring mogen worden toegepast indien voldaan is aan de criteria die hiervoor gelden. Die andere dwangbehandeling mag pas worden toegepast indien er binnen het ziekenhuis sprake is van gevaar én als de in de zelfbindingsverklaring opgenomen behandeling het gevaar niet (voldoende) afwendt (subsidiariteitsbeginsel).

2.2.5 Verzoek zelfbindingsmachtiging (variant 2)

In geval van variant 2 (zelfbindingsverklaring tot opneming, verblijf en behandeling) kan de patiënt, indien beschreven omstandigheden zich voordoen, alleen worden opgenomen met een zelfbindingsmachtiging van de rechtbank. Het verzoek om een zelfbindingsmachtiging moet worden ingediend bij de officier van justitie. Hiervoor wordt een vastgesteld model gebruikt. Slechts een aantal personen kunnen een degelijk verzoek doen:

- de psychiater waarmee de patiënt de zelfbindingsverklaring heeft opgesteld;
- de behandelaar, indien dat een ander is dan die psychiater; of:
- een door patiënt aangewezen persoon of personen die een afschrift van de zelfbindingsverklaring hebben ontvangen.

Bij het verzoekschrift worden de volgende stukken meegestuurd:

- zelfbindingsverklaring;
- verklaring van de onafhankelijke psychiater betreffende wilsbekwaamheid en adequaatheid van de behandeling;
- verklaring van een onafhankelijk psychiater dat de beschreven omstandigheden zich voordoen op het moment van het verzoek om de zelfbindingsmachtiging;
- indien patiënt onder curatele is gesteld: een uittreksel van het curatelerregister (afdrukken via www.rechtspraak.nl > registers > curatelerregister).

Op de behandeling van het verzoekschrift door de rechtbank zijn dezelfde bepalingen van toepassing als bij een RM (toevoeging advocaat, hoor- en wederhoor). De rechtbank beslist binnen vijf dagen na indiening van het verzoekschrift door de officier van justitie. De machtiging kan worden verleend voor maximaal zes weken.

Een afschrift van de zelfbindingsmachtiging wordt verzonden aan de patiënt, de advocaat, de psychiater die verklaring met patiënt heeft opgesteld, de behandelaar, de door patiënt aangewezen persoon of personen, de huisarts, de officier van justitie en de inspecteur voor de gezondheidszorg.

2.2.6 *Verblijf psychiatrisch ziekenhuis met zelfbindingsverklaring tot opnemning, verblijf enbehandeling (variant 2)*

In geval van variant 2 is patiënt opgenomen met een zelfbindingsmachtiging. Dwangbehandeling is beperkt mogelijk. De enige dwangbehandeling die mag worden toegepast, is de behandeling die is opgenomen in de zelfbindingsverklaring, en maximaal voor een periode van zes weken.

Art. 35a-44 Wet Bopz niet van toepassing

Voor patiënten die worden opgenomen met een zelfbindingsmachtiging, zijn artikelen 35a t/m 44 van de Wet Bopz niet van toepassing. Dat betekent dat beperkingen in de vrijheden, dwangbehandeling en toepassing van middelen-of-maatregelen-nood niet zijn toegestaan. Voor wat betreft de mogelijkheid om buiten de verklaring om de patiënt te behandelen, geldt dat hij moet worden beschouwd als een patiënt die vrijwillig is opgenomen. Op grond van de wGBO is hiervoor toestemming van de patiënt vereist. Behandeling, anders dan opgenomen in zelfbindingsverklaring, kan dus alleen worden toegepast met toestemming van de patiënt. Ontstaat er gevaar doordat de patiënt deze andere behandeling weigert en er is andere behandeling nodig dan is voorzien in de zelfbindingsverklaring, dan moet een IBS of RM worden aangevraagd. Bij verlening hiervan vervalt de zelfbindingsmachtiging en is de gehele Wet Bopz van toepassing. De normale regels voor verlof en ontslag zijn ook van toepassing op een patiënt die is opgenomen met een zelfbindingsmachtiging. Er mogen alleen geen voorwaarden worden verbonden aan verlof en ontslag en er is geen mogelijkheid om de geneesheer-directeur om ontslag te verzoeken. De patiënt krijgt ontslag indien hij zelf weer het belang van de behandeling inziet en hij weer redelijk kan functioneren buiten het ziekenhuis, of wanneer de geldigheidsduur van de machtiging is verstreken. Indien na deze zes weken de gedwongen opnemning dient te worden gecontinueerd, zal een IBS of RM moeten worden aangevraagd. De patiënt kan na deze zes weken het verblijf ook vrijwillig voortzetten.

2.2.7 *Overige bepalingen zelfbindingsverklaring*

Voor patiënten die zijn opgenomen en worden behandeld met zelfbindingsverklaring variant 1 of 2 wordt in het dossier aantekening gehouden van:

- de behandeling zoals opgenomen in de zelfbindingsverklaring;
- voortgang per maand in de uitvoering van de behandeling; en
- medewerking van patiënt aan uitvoering van de behandeling.

Patiënten kunnen tegen het niet toepassen van de in de zelfbindingsverklaring opgenomen behandeling een klacht indienen. De klachtenregeling van de Wet Bopz is van toepassing. Over andere zaken kan geklaagd worden op grond van het algemene klachtrecht.

Bijlage 10

Overzicht van aanbevelingen

Onderzoek en risicotaxatie (hoofdstuk 3)

Psychiatrisch onderzoek: vorm en inhoud

- A1 De psychiater dient het eerste of vervolgcontact met een patiënt voor wie een dwangopname of dwangbehandeling overwogen wordt in de eerste plaats als het contact van een goed hulpverlener op te vatten en vorm te geven.
- A2 Van elk besluit tot aanvraag van een rechterlijke machtiging, het nalaten daarvan, de voor de situatie noodzakelijke argumentatie en de wijze van uitvoering van dwangtoepassing moet een adequate documentatie in het dossier plaatsvinden. Noteer ook de contactgegevens van informatiebronnen en of het feiten betreft of vermoedens van derden zijn. In voorkomende gevallen dienen in principe altijd de naastbetrokkenen, indien bereikbaar, altijd geïnformeerd te worden; tenzij er zwaarwegende redenen zijn dit te heroverwegen (wilsbekwaam verzet, privacy).

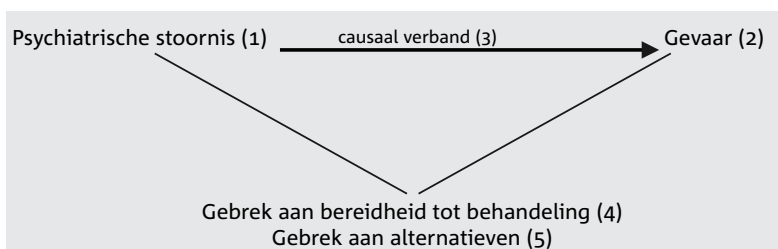
Psychiatrisch onderzoek: de inhoud

- A3 Indien men een maatregel in het kader van de Wet Bopz aanvraagt, dient men steeds te beargumenteren waarom de onderhavige stoornis een stoornis in de zin van de Wet Bopz is. Vooral bij stoornissen waarbij vaak twijfel rijst of dat wel het geval is, zoals verslavingen, persoonlijkheidsstoornissen en dergelijke, moet men zorg dragen voor het duidelijk aantonen van een ontwrichting van (de samenhang van) denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen, welke de betrokkene tot een willoos werktuig maakt en daarmee lijdende aan een true mental disorder. Enerzijds moet men niet aarzelen met de aanvraag bij een redelijk sterke overtuiging dat dit het geval is, anderzijds doet men er goed aan de redenen van eventuele twijfels in de verklaring te (doen) vermelden.
- A4 De psychiater voert een breed psychiatrisch onderzoek uit, documenteert duidelijk, voorafgaande aan de aanvraag voor een rechterlijke machtiging, de ter zake overwogen of al uitgeprobeerde alternatieven, en geeft aan waarom de nog niet beproefde alternatieven wel of niet haalbaar zijn. Dit mag niet leiden tot uitstel van een passende behandeling.

Overzicht: gevaarcriteria volgens de Wet Bopz

1. Gevaar voor de patiënt zelf: het gevaar dat de betrokkene:
 - zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen;
 - maatschappelijk te gronde gaat;
 - zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen;
 - met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.
2. Gevaar voor een of meer anderen:
 - gevaar voor de psychische gezondheid van een ander;
 - gevaar dat de betrokkene een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd zal verwaarlozen;
 - gevaar dat de betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen.
3. Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen Psychiatrische stoornis.

Figuur B10.1 De vijf criteria voor dwangopneming



Psychiatrisch onderzoek: specifiek

- A5 Voor de beoordeling van het gevaar zich van het leven te beroven of ernstig letsel toe te brengen doet men er goed aan bij enige twijfel een uitgebreid en gestructureerd onderzoek te doen, zoals in paragraaf 3.1 beschreven, en gebaseerd op de best practices die internationaal toonaangevend zijn.
- A6 Volg bij het onderzoek van het gevaar een ander van het leven te beroven of ernstig letsel toe te brengen bij enige twijfel het hierna beschreven gestructureerde onderzoeksschema en betrek dit op een transparante wijze bij de besluitvorming. Hierbij kan men in voorkomende gevallen doorvragen naar de bekende risicofactoren.
- A7 Evalueer regelmatig bij psychiatrische patiënten bij wie vanwege gewelddadig gedrag een rechterlijke machtiging wordt aangevraagd, het verband tussen de psychiatrische stoornis en dit persisterend gewelddadig gedrag.

- A8 Bij twijfel over de juridische haalbaarheid van een maatregel op basis van het gevaar dat iemand maatschappelijk ten onder gaat of zichzelf verwaarloost, is het aan te bevelen toch door te gaan met de aanvraag daarvan, om zo voldoende jurisprudentie te scheppen. Daarbij dient in de aanvraag zorgvuldig gedocumenteerd te worden in welke mate de teloorgang of zelfverwaarlozing ontstaan en onderhouden is door de psychiatrische stoornis en in welke mate er ooit behandeling is toegepast en wat het effect daarvan was: dit om de besluitvorming te onderbouwen met de principes van proportionaliteit en doelmatigheid. Uiteraard is de mate van ziektebesef en -inzicht van de betrokkene daarbij relevant. Uitgebreide informatie van de naastbetrokkenen kan daarbij helpen. Voor zover het niet kunnen behartigen van de eigen materiële belangen op de voorgrond staat, moet een maatregel van curatele en bewind als alternatief overwogen worden.
- A9 De gevaarcriteria van de Wet Bopz zijn niet limitatief. Wanneer typen gevaar voor zichzelf en/of voor anderen niet als zodanig in de Wet Bopz beschreven staan, kan in voorkomende gevallen worden overgegaan tot de aanvraag van Bopz-maatregel, als professionele overwegingen daartoe aanleiding geven.

Besluiten en aanvragen (hoofdstuk 4)

Besluitvorming: dwangopneming of niet?

- A10 Men dient voor zover mogelijk open te communiceren met de patiënt, diens vertegenwoordiger en/of naasten, de huisarts en eerdere behandelaren alsmede de eventuele andere direct betrokken hulpverleners (bijvoorbeeld verpleegkundigen) en overige direct betrokkenen over de weging van de argumenten voor dwangtoepassing. Men dient dus zoveel mogelijk in dit opzicht te handelen in de geest van de kwaliteitscriteria van Berghmans e.a. (2001).

Kiezen uit Wet Bopz-maatregelen

- A11
- Bij twijfel over keuze van een maatregel dient de psychiater te overleggen met de geneesheer-directeur en/of een door deze daartoe aangewezen jurist of met de officier van justitie.
 - In geval van noodzakelijke afwending van direct gevaar wordt gekozen voor de lastgeving tot IBS.
 - In geval van een beoogd langer traject bij een patiënt die goed bekend is bij en met de behandelaar, geeft de commissie de voorkeur aan (indien als haalbaar en doelmatig getaxeerd) een ambulante vorm van 'drang'-behandeling zoals de voorwaardelijke machtiging.
 - Wanneer sprake is van een patiënt met een sterk episodisch ziekteverloop waarbij episoden van wilsbekwaamheid en wilsonbekwaamheid elkaar nadrukkelijk afwisselen, zal in wilsbekwame episoden de patiënt geïnformeerd moeten worden over de mogelijkheden van zelfbinding.
 - Wanneer er sprake is van geestelijke stoornis door ernstige verslaving, kan de RM op eigen verzoek met patiënt worden besproken.
 - In geval van een beoogd langer traject bij een patiënt die niet goed bekend is en van wie de reacties op behandelmiddelen niet goed bekend zijn, zal eerder worden gekozen voor een voorlopige machtiging.
 - Wanneer na een voorlopige machtiging, en na een goed verlopen voorwaardelijk ontslag een verlenging van de maatregel nodig lijkt, zal een voorwaardelijke RM worden aangevraagd.
 - Houdt bij het opstellen van de zelfbindingsverklaring rekening met de noodzaak van verpleging op een gesloten afdeling en eventuele middelen of maatregelen.
 - Gewaarschuwd wordt voor toepassing bij stellige negatieve wilsuitingen van de patiënt.
 - In toenemende mate zal het belang van het (toekomstig) behandelingsplan centraal staan: bij voorwaardelijk ontslag en bij de voorwaardelijke RM moet de patiënt nu nog daarmee instemmen. Een door de Tweede Kamer aangenomen wetswijziging (30.492) die van kracht is geworden per 1 juni 2008, zal die instemmingseis bij de voorwaardelijke RM gaan vervangen door 'ten minste na overleg' (zie bijlage 11).
 - Bij het beschrijven van (ook toekomstgerichte) behandelingsplannen zal de psychiater grondig moeten afwegen of de voorgestelde behandelmiddelen in mogelijk toekomstige crisissituaties toereikend zullen zijn (ook voor algemene toepassing door anderen dan de betreffende psychiater) en of vooral negatieve wilsbeschikkingen in een dergelijk plan geen ernstig beletsel zullen vormen in bijvoorbeeld een klinische fase.

Het gedwongen vervoer

- A12 Vanwege het nog ontbreken van een expliciete wettelijke regeling voor het onvrijwillige vervoer van patiënten die formeel nog niet onder de Wet Bopz gebracht zijn, is het noodzakelijk om op lokaal niveau met betrokkenen een convenant af te sluiten binnen de nu al bestaande wettelijke mogelijkheden, om nodeloze onzekerheid in de uitvoering te voorkomen.

Het opstellen van de geneeskundige verklaring (hoofdstuk 5)

Opstellen van de geneeskundige verklaring

- A13 In gevallen waarbij in een spoedeisende situatie een geneeskundige verklaring voor een aanvraag tot lastgeving van een inbewaringstelling is afgegeven door een arts-assistent werkzaam in de psychiatrie, of een behandelend psychiater, dient de patiënt zo spoedig mogelijk na opname door een niet bij de behandeling betrokken psychiater onderzocht te worden teneinde de kwaliteit van de afgegeven verklaring te toetsen. Het is raadzaam om hierover lokale afspraken te maken met de rechtbank.

Wat moet er nu precies in de verklaring staan?

- A14 Stel de geneeskundige verklaring goed gemotiveerd op. Dat wil zeggen: geef een volledig en concreet beeld van de patiënt door middel van een diagnostische formulering; beperk u niet tot een DSM-classificatie. Benoem overwegingen, onzekerheden en twijfels over diagnostiek, gevaar en causaliteit, maar laat geen onnodige twijfel bestaan over het feit dat er een stoornis is. Besteed extra aandacht aan het beschrijven van het causale verband tussen stoornis en gevaar. Beschrijf ook de ernstige risico's voor de geestelijke gezondheid van de patiënt en de mate waarin de patiënt zich bewust is van risico's, gevaren en de samenhang met de stoornis. Wees niet terughoudend met informatie, beargumenteer zo nodig veronderstelde doelmatigheid en proportionaliteit van de maatregel, voeg eventueel een bijlage toe. Zorg ervoor dat de geneeskundige verklaring voldoet aan de eisen die men in algemene zin mag stellen aan de medische rapportage zoals vastgesteld door de KNMG (2007). Het is niet nodig zich te laten beperken door de rubrieken en de lay-out van de officiële voorgedrukte formulieren.

Bij de rechter en de klachtencommissie (hoofdstuk 6)

De psychiater in drie rollen

- A15 De directe verantwoordelijkheid voor de beslissing tot toepassing van dwang bij opgenomen patiënten dient in handen te zijn van een psychiater.

De psychiater voor de rechter

- A16 Spreek per rechtszitting af wie aanwezig is. In principe dient de behandelend psychiater of diens vervanger aanwezig te zijn, omdat deze het beste op de hoogte is van de ziektegeschiedenis van de patiënt. Degene die aanwezig is, dient de inhoud van de verklaring te kennen en deze toe te lichten. In voorkomende gevallen kan ook de beoordelaar opgeroepen worden. Dring erop aan dat de officier van justitie aanwezig is, vooral bij moeilijke zaken waarin ook, bij voorkeur tevoren, met de officier van justitie is overlegd.

De aangeklaagde psychiater

- A17 Bereid de behandeling van de klacht zorgvuldig voor en ga serieus in op elke (vermeende) klacht. Bied steeds een gesprek aan met leidinggevende in de instelling. Let op wat wel en wat niet ter zitting gesteld of ingebracht mag worden, in het kader van de zwijgplicht (7:457 WGBO).
Organiseer eigen juridische ondersteuning (eigen advocaat, jurist van de instelling) ter zitting.
Neem vooraf implicaties van schending van de zwijgplicht, verklaringen waarin de eigen deskundigheid niet voorziet, grondig door. Indien de psychiater tegen wie de klacht is gericht door overmacht de zitting niet kan bijwonen, dient in overleg met de geneesheer-directeur een passende vervanging geregeld te worden. In ieder geval dienen overlegd te worden: een schriftelijke verklaring over de reden van de afwezigheid, een eigen verklaring over de relevante diagnostiek van de patiënt alsmede eventueel andere stukken.

Dwangtoepassing na het besluit tot gedwongen opname (hoofdstuk 7)

Behandeling en algemene procedurele overwegingen

A18 Bij het maken van een behandelingsplan in het kader van de Wet Bopz dient men als routine de wilsbekwaamheid te bepalen. Bij gebleken wilsonbekwaamheid is een periodieke evaluatie van de wilsbekwaamheid aangewezen.

Het toepassen van dwangbehandeling

- A19 De commissie beveelt aan dat het besluit tot dwangbehandeling genomen wordt door een psychiater en dat in het geval van twijfel over de juistheid van de indicatie een second opinion wordt gevraagd bij een onafhankelijk psychiater of de geneesheer-directeur. Zij beveelt aan nader te onderzoeken of en hoe de geneesheer-directeur gepositioneerd kan worden als degene die als onafhankelijk psychiater elke beslissing tot dwangbehandeling vooraf toetst.
- A20 Tenzij de situatie tot spoedig ingrijpen noopt, dient het voorstellen tot dwangbehandeling gemotiveerd aan de patiënt voorgelegd te worden. Deze kan dan bij voorbaat in beklag gaan om het oordeel van de klachtencommissie over de voorgenomen dwangbehandeling uit te lokken. Het is daarnaast aan te bevelen langer lopende dwangbehandelingen met regelmaat (bij voorkeur om de drie maanden) te (laten) evalueren, bij voorkeur door een niet bij de behandeling betrokken psychiater. Indien doelmatigheid en proportionaliteit van de beoogde of uitgevoerde dwangbehandeling vragen oproept dan is een second opinion aangewezen.

Het medisch handelen ten tijde van dwangbehandeling

A21 Gezien de gegevens over effectiviteit, veiligheid en proportionaliteit dient men de argumenten voor de indicatie voor gedwongen behandeling met antipsychotische medicatie op dezelfde wijze te wegen als bij het voorstel voor een vrijwillige behandeling.

Medisch handelen bij niet instemmen met behandeling van somatische aandoeningen

A22 De toepassing van dwang in het kader van de WGBO dient frequent te worden geëvalueerd (bij voorkeur dagelijks) en grondig gedocumenteerd. Wils(on)bekwaamheid ter zake moet goed worden gedocumenteerd.

Het toepassen van middelen of maatregelen

- A23 De psychiater draagt voor de besluitvorming over de toepassing van middelen of maatregelen in het kader van de Wet Bopz dezelfde verantwoordelijkheid als voor die over dwangbehandeling. Dit dient in de diverse procedures binnen een instelling herkenbaar te zijn.

Medisch handelen in het kader van middelen en maatregelen

- A24 In het geval van separatie van langere duur (langer dan een week) moet een onafhankelijke consultatie (second opinion door een onafhankelijk psychiater of geneesheer-directeur) over mogelijkheden van de-escalatie en bekorting van separatieduur gevraagd worden.
- A25 Bij de besluitvorming over separatie of medicatie bij de toepassing van middelen en maatregelen zal vooral ook de mening van de patiënt in psychisch gezonde en wilsbekwame toestand moeten worden meegewogen. Als bij een patiënt de voorkeur voor separatie boven dwangmedicatie (noodmedicatie) bekend is, kan separatie eerst worden geprobeerd, mits niet medisch zinloos (namelijk als alternatief voor medicamenteuze dwangbehandeling) of schadelijk.
- A26 Bij patiënten bij wie middelen en maatregelen worden toegepast, dient het behandelplan altijd geëvalueerd te worden. De mogelijkheden van medicamenteuze (dwang)behandeling moeten dan overwogen worden, om een volgende vrijheidsbenemende controlemaatregel mogelijk te kunnen voorkomen.

Overige beperkende maatregelen

- A27 Maak een aantekening in het dossier over de beslissing de patiënt op de gesloten afdeling te plaatsen of anderszins ex artikel 40.3 in zijn bewegingsvrijheid te beperken, en vermeld de gronden voor verblijf op de gesloten afdeling. Overweeg van tevoren in hoeverre het nodig is de patiënt te horen, dan wel met de vertegenwoordiger te overleggen.

Opheffen Wet Bopz maatregel en voorwaardelijk ontslag (hoofdstuk 8)

Het beëindigen van een Wet Bopz maatregel; ontslag

A28 De beslissing om ontslag te verlenen of de machtiging te verlenen (of niet), dient altijd genomen te worden door de geneesheer-directeur op advies van een psychiater die deze beslissing motiveert en documenteert. In het geval twijfel wordt in overleg met de geneesheer-directeur een intercollegiaal overleg georganiseerd. De direct betrokkenen worden op de hoogte gesteld.

Ontslag onder voorwaarden, intrekken voorwaardelijk ontslag

A29 Stel het intrekken van het ontslag onder voorwaarden niet uit tot een noodsituatie is ontstaan, maar volg in dezen een meer anticiperend beleid.

Het afronden van een Wet Bopz maatregel: evalueren

A30 Geef bij het beëindigen van de Wet Bopz-maatregel nadrukkelijk aandacht aan de evaluatie van die maatregel en de ingezette middelen samen met de patiënt, eventueel diens familie en het professionele team, om lering te trekken uit de afgeronde episode en om de behandelrelatie binnen de nieuwe vrijwillige context te optimaliseren.

Bijlage 11

Wetswijziging (nr. 30.492) Wet Bopz per 1 juni 2008

Het volgende is overgenomen uit *Nieuwsbrief Wetgeving*, nummer 038, augustus 2008, pagina 1.

Colofon

De Nieuwsbrief Wetgeving wordt uitgebracht door de Werkgroep Interpretatie Wetgeving van GGZ Nederland. De werkgroep vormt de redactieraad. De leden zijn:

- W. Smith-van Rietschoten, voorzitter, GGZ Westelijk Noord-Brabant;
- M. Broekman, Brijder Stichting;
- M. Elzinga, Symfora Groep;
- J.A. Heeren, advocaat, Smeets advocaten;
- A. Hondius, de Meerkanten;
- M. Jonkers, GGZ Nederland;
- S. Nieuwenhuize, GGZ westelijk Noord-Brabant;
- C. Rijnders, GGZ Midden-Brabant;
- J. Schneider, Parnassia Groep;
- T.E. Stikker, GGZ Nederland;
- J.R. van Veldhuizen, GGZ Noord-Holland-Noord;
- R. Zijderhoudt, psychiater;
- GGZ Nederland (eindredactie).

De *Nieuwsbrief Wetgeving* is ook te vinden op het Kennisnet van GGZ Nederland, waarvoor u zich, als u dit nog niet hebt gedaan, kunt aanmelden via www.ggzkennisnet.nl. Bij vragen over de *Nieuwsbrief Wetgeving* kunt u contact opnemen met:

- Tineke Stikker (033) 460 89 82 of via e-mail: tstikker@ggz nederland.nl;
- Marloes Jonkers (033) 460 89 83 of via e-mail: mjonkers@ggz nederland.nl;
- Bob Gerzon (033) 460 89 84 of via e-mail: bgerzon@ggz nederland.nl;
- secretariaat (033) 460 89 87 of via e-mail: ccohrs@ggz nederland.nl.

1 Inleiding: reparatie voorwaardelijke machtiging en verruiming dwangbehandeling

Het wetsvoorstel reparatie voorwaardelijke machtiging en verruiming dwangbehandeling (30.492) is op 12 februari 2008 door de Eerste Kamer aangenomen. Op 1 juni 2008 is de wetswijziging in werking getreden. Hier volgt een overzicht van de wetswijziging.

2 Voorwaardelijke machtiging

- Er dient een passage toegevoegd te worden aan het behandelingsplan waaruit blijkt dat het overleg tot overeenstemming heeft geleid of, indien dit niet het geval is, op welke grond de behandelaar tot het oordeel komt dat redelijkerwijs is aan te nemen dat de betrokkene de voorwaarde zal naleven.
- Uitdrukkelijke instemming met voorwaarden is niet meer vereist, instemming verdient wel de voorkeur. De rechter kan een voorwaardelijke machtiging verlenen na bereidverklaring tot naleving van de voorwaarden, of indien redelijkerwijs is aan te nemen dat betrokkene de voorwaarden zal naleven.
- Opneming op verzoek van de patiënt is mogelijk gedurende de looptijd van de voorwaardelijke machtiging en maximaal voor de duur van de geldigheidsduur van de voorwaardelijke machtiging. De opname en behandeling worden beheerst door de WGBO, tenzij dwangtoepassing noodzakelijk is; dan vindt omzetting plaats naar een RM (voorlopige machtiging).
- Voorafgaand aan de gedwongen opneming (**moet** bij gevaar, **kan** bij niet naleving voorwaarden en op verzoek van de betrokkene) stelt de geneesheer-directeur zich op de hoogte van de actuele geestelijkegezondheidstoestand van patiënt.
- Duur van de opneming ten hoogste voor de termijn van de resterende geldigheidsduur voorwaardelijke machtiging en maximaal zes maanden.

Als gevolg van de wetswijziging wordt de procedure bij gedwongen opname sterk vereenvoudigd. Voor inwerkingtreding kon de betrokkene pas opgenomen worden nadat de geneesheer-directeur de betrokkene in de gelegenheid had gesteld te worden gehoord en nadat hij de betrokkene had onderzocht of had laten onderzoeken door een onafhankelijk psychiater. Deze psychiater diende vervolgens aan de geneesheer-directeur een schriftelijke instemmingsverklaring te verstrekken.

Sinds inwerkingtreding van de wetswijziging behoeft de geneesheer-directeur zich slechts op de hoogte te stellen van de actuele geestelijkegezondheidstoestand van betrokkene. Het is aan de geneesheer-directeur om

te bepalen hoe hij invulling geeft aan deze verplichting. Hij kan daartoe overleg plegen met de behandelaar, maar hij kan ook de patiënt zelf onderzoeken of hem laten onderzoeken. De eis strekt ertoe dat de geneesheer-directeur goed geïnformeerd en derhalve verantwoord zijn beslissing kan nemen. Bij de *Nieuwsbrief Wetgeving* van november 2004 zijn destijds een aantal modellen verstrekt die gebruikt konden worden bij de procedure gedwongen opneming. Als gevolg van de wijziging zijn deze aangepast.

3 Wijziging dwangbehandeling

NB: deze wijziging geldt alleen voor de psychiatrische ziekenhuizen; voor verpleeginrichtingen en zwakzinnigeninrichtingen blijft het ongewijzigde artikel 38 Wet Bopz van toepassing. Voor de psychiatrische ziekenhuizen zijn de nieuwe artikelen 38a, 38b en 38c Wet Bopz van toepassing. Zo blijkt uit het eveneens nieuwe artikel 37b Wet Bopz.

- Doelstelling van het behandelingsplan is het wegnemen van gevaar op grond waarvan gedwongen opname had plaatsgevonden. Dit doel dient bereikt te worden door in eerste instantie verbetering van de stoornis, of indien dit niet mogelijk is door het anderszins wegnemen van het gevaar.
- Dwangbehandeling betreft alleen die behandeling die is voorzien in het behandelingsplan waartegen de patiënt zelf en/of diens vertegenwoordiger (indien van toepassing) zich verzet.
- *nb: in de tekst van de wet staat alleen het woordje 'of'. Dat kan tot verwarring leiden, alsof het verzet van een onbekwame patiënt genegeerd kan worden. Dat is niet zo: volgens wetsystematiek en de wetsgeschiedenis dient het woordje 'of' hier geïnterpreteerd te worden als 'en/of'. Dit is met klem bevestigd vanuit het departement van vws.* Dwangbehandeling kan gestart worden:
 - indien aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar als gevolg van de stoornis niet binnen redelijke termijn kan worden weggenomen (nieuw); of:
 - indien de behandeling volstrekt noodzakelijk is om gevaar binnen de inrichting als gevolg van de stoornis af te wenden (reeds bestaande dwangbehandelingsgrond).
- Verplicht bij de nieuwe dwangbehandelingsgrond: behandelaar neemt schriftelijke beslissing waarin termijn van de dwangbehandeling wordt vermeld (maximaal drie maanden na de dag van de beslissing). Deze schriftelijke beslissing dient naar de patiënt en in afschrift naar de geneesheer-directeur verstuurd te worden.
- Indien binnen zes maanden na afloop van de eerste behandeling onder dwang (welke termijn zo kort mogelijk dient te zijn) voortzetting of

opnieuw dwangbehandeling nodig is, neemt de geneesheer-directeur daartoe schriftelijk een gemotiveerde beslissing. Deze schriftelijke beslissing dient naar de patiënt gezonden te worden.

- De datum waarop de beslissing tot dwangbehandeling is genomen, geldt als de startdatum van de dwangbehandeling (ook al vindt de effectieve dwangbehandeling pas later plaats). De termijn van de dwangbehandeling mag maximaal drie maanden bedragen. De dwangbehandeling mag niet meer bevatten dan het behandelingsplan dat erop gericht is de patiënt zover te brengen dat hij het ziekenhuis weer kan verlaten. Uit een oogpunt van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid zal zo snel mogelijk moeten worden overgegaan tot vrijwillige behandeling.

Als na afloop van de eerste termijn van dwangbehandeling voortzetting van de dwang aansluitend noodzakelijk is, is het de geneesheer-directeur die daartoe een schriftelijke en gemotiveerde beslissing dient te nemen. Ook dan geldt weer een maximale termijn van drie maanden waarop de dwang mag voortduren.

Als na afloop van de eerste termijn van dwangbehandeling geen voortzetting van dwang meer nodig is, kan de behandeling vrijwillig worden voortgezet. Is binnen een periode van zes maanden van vrijwillige behandeling wederom dwang noodzakelijk, dan is het de geneesheer-directeur die daartoe schriftelijk en gemotiveerd een beslissing neemt.

- De geneesheer-directeur informeert de IGZ over dwangbehandeling, zowel dwangbehandeling die heeft plaatsgevonden op grond van artikel 38c, lid 1, sub a als die heeft plaatsgevonden op grond van artikel 38c lid 1, sub b. Hiertoe zijn nieuwe meldingsformulieren ontwikkeld. Vanaf 26 juni 2008 dienen deze formulieren gebruikt te worden. Intern dient beleid te zijn geformuleerd waarop de geneesheer-directeur in kennis is gesteld van de dwangbehandeling op grond van artikel 38c, lid 2 sub b.

4 Meldingsformulieren dwangbehandeling

De meldingsformulieren dwangbehandeling zijn aangepast aan de wetswijziging. Dit betekent dat de nieuwe dwangbehandelingsgrond is opgenomen in de meldingsformulieren 'situatie bij aanvang' en 'situatie bij beëindiging'. Op het allerlaatste moment heeft de IGZ een wijziging bewerkstelligd in het meldingsformulier dwangbehandeling: 'situatie bij beëindiging', die grote consequenties heeft voor de instellingen. Instellingen worden met het formulier 'beëindiging' verplicht om de Argusformulieren mee te sturen maar zonder dat daar een wettelijke grondslag voor is.

De IGZ verkeerde in de veronderstelling dat iedere ggz-instelling al met deze formulieren werkt. Dit is niet zo. Alleen de instellingen die deelnemen aan het project Dwang en Drang, waar Argus onderdeel van uitmaakt,

(gaan) werken met Argusformulieren. Daarnaast hebben de leden die meedoen aan Argus niet allemaal dezelfde formulieren ontwikkeld.

Bij vraag 10 in het formulier ‘beëindiging’ dienen van de andere vrijheidsbeperkende interventies die zijn toegepast de Argus dagregistratieformulieren meegezonden te worden. Dit wekt de suggestie dat het zou gaan om verplichte melding van toepassing artikel 40 wet Bopz. Er is echter geen wettelijke grondslag om vrijheidsbeperkende interventies van artikel 40 te melden. In het Argusformulier wordt de term ‘vrijheidsbeperkende interventies’ gebruikt voor zowel middelen of maatregelen als voor onderdelen van het behandelingsplan die als dwangbehandeling worden toegepast, alsook inderdaad facultatief, beperkingen op grond van artikel 40. Het gaat bij het registreren volgens Argus namelijk in eerste instantie om het registreren van wat *feitelijk* gebeurt, ongeacht de noodzaak van melding aan de inspectie. De bedoeling van de IGZ was, om alleen het registratieformulier van de eerste dag en van de laatste dag van deze ‘nieuwe’ dwangbehandeling mee te zenden, zodat voor de IGZ duidelijk is hoeveel dagen elke aparte toepassing van dwangbehandeling heeft geduurd.

GGZ Nederland heeft bezwaar gemaakt bij het ministerie van vws tegen de verplichte meezending van de Argusformulieren. Er is contact gezocht met vws om te bekijken wat hier nog aan te doen is. Inzet van GGZ Nederland: rectificatie Besluit in die zin dat verplichte toezending van de Argusformulieren wegvalt. Advies aan de leden is om zolang het Besluit niet is gewijzigd, de Argusformulieren (slechts van de eerste en van de laatste dag) alleen dan mee te zenden indien de instelling deelneemt aan het Argusproject.

5 Overig

- De patiënt dient schriftelijk geïnformeerd te worden over de gronden van een beslissing inzake wilsonbekwaamheid, dwangbehandeling, middelen of maatregelen, beperking rechten en niet toepassen van behandelingsplan (Bopz-klachtgronden). De patiënt dient daarnaast ook schriftelijk te worden geïnformeerd over de mogelijkheid om de patiëntvertrouwenspersoon (pvp) in te schakelen en over de mogelijkheid een Bopz-klacht in te dienen.
- De klachtencommissie dient haar uitspraak inzake een Bopz-klacht in het vervolg naar de geneesheer-directeur en het bestuur te verzenden.
- Bij een verzoek gericht op het verkrijgen van een machtiging tot voortgezet verblijf dient een afschrift van het in artikel 38 of artikel 38a bedoelde behandelingsplan gevoegd te worden. Indien dwangbehandeling heeft plaatsgevonden volgens artikel 38, lid 5 of artikel 38c lid 1, wordt ook daarvan mededeling gedaan, zie het gewijzigde artikel 16, lid 4 Wet bopz.

- Kort en lang verlof en ontslag onder voorwaarden kan worden verleend indien de patiënt zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarden of redelijkerwijs is aan te nemen dat patiënt de voorwaarden zal naleven.
- Bij intrekking van het verlof stelt de geneesheer-directeur zich op de hoogte van de actuele geestelijke gezondheidstoestand van patiënt (zelfde criterium als bij opneming bij voorwaardelijke machtiging).

6 Zelfbinding

Met ingang van 1 januari 2008 is de regeling van de zelfbinding in werking getreden. In een vorige nieuwsbrief wetgeving nr. 36 (herfst 2007) zijn twee modellen zelfbindingsverklaringen geplaatst: een verklaring tot behandeling en een verklaring tot opname, verblijf en behandeling. Onderdeel van deze modellen was de geneeskundige verklaring van de onafhankelijke psychiater die vereist is bij het opstellen van een zelfbindingsverklaring. Voor deze geneeskundige verklaring is echter een wettelijk vastgesteld model. De geneeskundige verklaring dient opgesteld te worden door een psychiater die het afgelopen jaar niet bij de behandeling betrokken is (geweest). De twee modellen zelfbindingsverklaring zijn aangepast.

Indien de patiënt een zelfbindingsverklaring tot opname, verblijf en behandeling heeft opgesteld en de omstandigheden zoals beschreven doen zich voor, dan kan de psychiater, behandelaar of de contactpersoon bij de officier van justitie een verzoekschrift indienen tot het verlenen van een zelfbindingsmachtiging door de rechtbank. Bij dit verzoekschrift dient te worden gevoegd de zelfbindingsverklaring (zie daarvoor bijlage, de geneeskundige verklaring van de onafhankelijke psychiater en een verklaring van een psychiater (niet bij de behandeling betrokken) die de patiënt kort tevoren heeft onderzocht en waaruit blijkt dat de in de verklaring omschreven omstandigheden zich voordoen. Voor deze laatste verklaring is geen wettelijk model vastgesteld.

7 Observatiemachtiging

De observatiemachtiging is op 1 januari 2006 in werking getreden voor een beperkte periode van drie jaar. Aan de invoering is een evaluatie gekoppeld die door het Trimbos-instituut is uitgevoerd. In de periode van 1 januari 2006 tot november 2007 is de maatregel voor 107 personen aangevraagd. De minister van vws ziet geen noodzaak de wettelijke bepalingen van de observatiemachtiging te verlengen, zodat deze automatisch per 31 december 2008 zullen verlopen.

Literatuur

- Alexander, J., Tharyan, P., Adams, C., e.a. (2004). Rapid tranquillisation of violent or agitated patients in a psychiatric emergency setting. Pragmatic randomised trial of intramuscular lorazepam v. haloperidol plus promethazine. *Br J Psychiatry*, 185, 63-69.
- Allen, M. (2000). Managing the agitated psychotic patient: a reappraisal of the evidence. *The Journal of clinical psychiatry*, 61(suppl. 14), 11-20.
- APA. (2003). *Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviours*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Appelbaum, P.S. (2005). Assessing Kendra's law: Five years of outpatient commitment in New York. *Psychiatric services*, 56, 791-792.
- Appelbaum, P.S., & Gutheil, T. (1991). *Clinical handbook of psychiatry and the law* (2nd edition). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Battaglia, J., Moss, S., Rush, J., Kang, J., Mendoza, R., Leedom L, e.a. (1997). Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. *Am J Emerg Med*, 15(4), 335-340.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4th edition). Oxford: Oxford University Press.
- Beck, J.C. (1989). Legal approaches examined in the right to refuse treatment. *Psychiatric times*, 6(11), 14-15.
- Begeleidingscommissie Evaluatie Wet bijzondere opnemingen Psychiatrische ziekenhuizen. (2002). *Eindverslag: Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie*. Evaluatie Wet Bopz, deel 10. Rijswijk: ZonMw.
- Berghmans, R., e.a. (2001). *Kwaliteitscriteria dwang en drang*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Bieniek, S.A., Ownby, R.L., Penalver, A., & Dominguez, R.A. (1998). A double-blind study of lorazepam versus the combination of haloperidol and lorazepam in managing agitation. *Pharmacotherapy*, 18(1), 57-62.
- Blaauwbroek, H. (2004). *Betrokken omgeving: Modelregeling ggz-instelling/ naastbetrokkenen*. Utrecht: Cliëntenbond in de GGZ, LSOVD, Labyrint In Perspectief, LPR, GGZ Nederland, Ypsilon.
- Blijd, C.J.M. (2006). Agressietaxatie. In R.A. Achilles, R.J. Beerthuis & W.M. van Ewijk (Red.), *Handboek spoedeisende psychiatrie* (pp. 201-214). Amsterdam: Benecke N.I.
- Bond, G.R., & Drake, R.E. (2007). Should we adopt the Dutch version of ACT? Commentary on 'FACT: A Dutch version of ACT'. *Community mental health journal*, 43(4), 435-437.

- Bostwick, J.M., & Pankratz, V.S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *American journal of psychiatry*, 157, 1925-1932.
- Boven, J.J.A. van (2003). *Praktische aspecten van de opnameprocedure*. Praktijkreeks Bopz 7. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Brief NVvP, GGZ Nederland, KNMG, 2007.
- Brodsky, B., Malone, K.M., Ellis, S.P., e.a. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behaviour. *American journal of psychiatry*, 154, 1715-1719.
- Busch, K.A., Fawcett, J., & Jacobs, D.G. (2003). Clinical Correlates of inpatient suicide. *Journal of clinical psychiatry*, 64, 14-19.
- Canton, W.J., Veer, T.S. van der, Panhuis, R. van, e.a. (2004). De voorspellende waarde van risicotaxatie bij de rapportage pro Justitia. Onderzoek naar de HKT-30 en de klinische inschatting. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46(8), 525-535.
- Cournos, F., McKinnon, K., & Stanley, B. (1991). Outcome of involuntary medication in a state hospital system. *The American journal of psychiatry*, 148, 489-494.
- David, S.R., Bergstrom, R.F., Bruner, V.L., & Mitchell, M.I. (2002). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of IM olanzapine. *Schizophrenia Res*, 53(3suppl.1), 183.
- Dawson, J. (2005). *Community Treatment Orders: international comparisons*. Dunedin: Otago University Print.
- Dawson, J. (2006). Fault-lines in CTO legislation. *International journal of law and psychiatry*, 29, 482-494.
- Dawson, J., Romans, S., Mullen, R., & Gibbs, A. (2004). How mental clinicians view community treatment orders: a national New Zealand survey. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 38, 836-841.
- Derde Evaluatiecommissie van de Wet Bopz. (2007). *Deel 1: Evaluatierapport: Voortschrijdende inzichten...* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. www.minvws.nl.
- Dijkers, W.J.A.M. (2003). *Doen en laten in de Bopz-machtigingsprocedure: Onderzoek naar de juridische posities*. Reeks Gezondheidsrecht 21. Den Haag: Koninklijke Vermande.
- Dijkers, W.J.A.M., & Widdershoven, T.P. (2000). *De Wet Bopz*. Den Haag: Sdu Uitgevers. Art.39 aant. 6.6.
- Dijkers, W.J.A.M., & Widdershoven, T.P. (2002). *De Wet Bopz: Algemene inleiding hoofdstuk III, Aant. 9*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Dijkers, W.J.A.M., & Widdershoven, T.P. (2006a). *De wet Bopz* (38-). Den Haag: Sdu Uitgevers. Art.2, aant. 2.4., 2006.
- Dijkers, W.J.A.M., & Widdershoven, T.P. (2006b) *De wet Bopz* (Art.2, aant. 3.2., pp. 73-77). Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Dijkers, W.J.A.M., & Widdershoven, T.P. (2006c). *De wet Bopz* (82-89). Den Haag: Sdu Uitgevers.

- Dijkers, W.J.A.M., & Widdershoven, T.P. (2006d). *De wet Bopz* (p. 86). Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Doyle, M., & Dolan, M. (2006). Evaluating the validity of anger regulation problems, interpersonal style, and disturbed mental state for predicting inpatient violence. *Behavioral sciences and the law*, *24*, 783-798.
- Fenton, W.S., McGlashan, T.H., Victor, B.J., e.a. (1997). Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *American journal of psychiatry*, *154*, 199-204.
- Frame, L., & Morrison, A.P. (2001). Causes of posttraumatic stress disorder in psychotic patients. *Archives of general psychiatry*, *58*, 305-6.
- Furst, J., & Huffine, C.L. (1991). Assessing vulnerability to suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, *21*(4), 329-44.
- Gaag, M. van der. (2002). Schizofrenie en posttraumatische stress-stoornis. *Directieve therapie*, *22*, 15-27.
- Garza-Trevino, E.S., Hollister, L.E., Overall, J.E., e.a. (1989). Efficacy of combinations of intramuscular antipsychotics and sedative-hypnotics for control of psychotic agitation. *Am J Psychiatry*; *146*, 1598-1601.
- Gaskin, C.J., Elsom, S.J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *British journal of psychiatry*, *191*, 298-303.
- Geller, J.L. (2006). The evolution of outpatient commitment in the USA: From conundrum to quagmire. *International journal of law and psychiatry*, *29*, 234-248.
- Gezondheidsraad (2004). *Noodgedwongen: Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten* (Publicatie nr. 2004/10). Den Haag: Gezondheidsraad. www.gr.nl
- GGZ Nederland. (1999). *Vademecum wetgeving GGZ*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland, GGD Nederland, KNMG. (2005). *Handreiking gegevensuitwisseling in het kader van de bemoeizorg*. Amersfoort/Utrecht: GGZ Nederland/GGD Nederland/KNMG.
- Gibbs, A., e.a. (2005). How patients in New Zealand view community treatment orders. *Journal of mental health*, *14*, 357-368.
- Glazer, W.M., & Dickson, R.A. (1998). Clozapine reduces violence and persistent aggression in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*(3), 8-14.
- Goldstein, G. (1994). Organic mental disorders. In H. Hersen, R.T. Ammerman & L.A. Sisson (Eds.). *Handbook of aggressive and destructive behaviour in psychiatric patients* (pp. 165-175). New York: Plenum Press.
- Goldstein, R.B., Black, D.W., Nasrallah, A., & Winokur, G. (1991). The prediction of suicide: Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Archives of general psychiatry*, *48*(5), 418-22.

- Green, B., Pedley, R., & Whittingham, D. (2004). A structured clinical model for violence risk intervention. *International journal of law and psychiatry*, 27, 349-259.
- Grondwet*. www.overheid.nl
- Grisso, T. & Appelbaum, P.S. (1995). The MacArthur treatment competence study III: Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law and Human Behaviour*, 19(2), 149-174.
- Hanssen, P., & Janssen, M. (1999). Hoe toetsbaar is de gedwongen psychiatrische opnemng? Een analyse van geneeskundige verklaringen voor inbewaringstelling. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 2, 103-115.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare psychopathy checklist-revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Harkavy-Friedman, J.M., Restifo, K., Malaspina, D., e.a. (1999). Suicidal behaviour in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *American journal of psychiatry*, 156, 1276-1278.
- Heilä, H., Imometsä, E.T., Henriksson, M.M., e.a. (1997). Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *American journal of psychiatry*, 154, 1235-1242.
- Hennen, J., & Baldessarini, R.J. (2005). Suicidal risk during treatment with clozapine : a meta-analysis. *Schizophrenia Res*, 73, 139-145.
- Higgins, N., Watts, D., Bindman, J., e.a. (2005). Assessing violence risk in general adult psychiatry. *Psychiatric bulletin*, 29, 131-133.
- Hirschfeld, R.M.A., & Russell, J.M. (1997). Assessment and treatment of suicidal patients. *The New England journal of medicine*, 337(13), 910-915.
- Hoge, S.K., Appelbaum, P.S., Lawlor, T., Beck, J.C., Litman, R., Greer, A., e.a. (1990). A prospective, multicenter study of patients' refusal of antipsychotic medication. *Archives of general psychiatry*, 47, 949-956.
- Imometsä, E.T., Henriksson, M.M., Heikkinen, M., e.a. (1996). Suicide among subjects with personality disorder. *American journal of psychiatry*, 153, 667-673.
- Inskip, H.M., Harris, E.C., & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorders, alcoholism and schizophrenia. *British journal of psychiatry*, 172, 35-37.
- IGZ. (2003). *Jaarrapport Bopz 2002*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- IGZ. (2007). *Tabellenboek Wet Bopz 2002-2006: Overzicht registratiegegevens uit landelijke registratiesysteem Bopzis van de IGZ*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Isala klinieken. (2004). *Handboek enteralia: Het toedienen van orale geneesmiddelen aan patiënten met een sonde of slikklachten* (2e druk, september 2004). Zwolle: Isala klinieken, afdeling Klinische farmacie. Voor ziekenhuis-apothekers te raadplegen op www.nvza.nl.

- Joyal, C.C., Putkonen, A., Paavola, P., & Tiihonen, J. (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizofrenia. *Psychological bulletin*, 34, 433-442.
- Kats, S., Bruijn, J.A., Blondeau, M.J.C.E., e.a. (2003). Elektroconvulsie-therapie als dwangbehandeling. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 45, 45-49.
- Keurentjes, R.B.M. (2005). *Tekst en toelichting Wet Bopz* (editie 2005). Den Haag: Sdu uitgevers.
- Keurentjes, R.B.M. (2005). *Tekst en toelichting Wet Bopz* (editie 2005). Den Haag: Sdu uitgevers. 53.
- Keurentjes, R.B.M., & Zuijderhoudt, R.H. (Red.). (2002-). *Praktijkreeks Bopz* (10 delen sinds 2002). Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Kisely, S., Campbell, L.A., & Preston, N. (2005). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005(3), Article CD004408. The Cochrane Library Database. DOI: 10.1002/14651858.CD004408.pub2.
- Kjellin, L., Andersson, K., Candefjord, I.L., e.a. (1997). Ethical benefits and costs of coercion in short-term inpatient psychiatric care. *Psychiatric services*, 48, 1567-1570.
- Klippe, J.C. van der. (1997). *Dwangtoepassing na onvrijwillige psychiatrische opname: een juridische beschouwing*. Nijmegen: Ars Aequi Libri.
- KNMG, Werkgroep medisch specialistische rapportage. (2007). *Conceptrichtlijn*. Utrecht: KNMG.
- KWZ Kwaliteitswet zorginstellingen*. www.overheid.nl.
- Legemaate, J. (2001). *Advies inzake het vervoer van patiënten aan de Amsterdamse partijen*, 16 november 2001.
- Legemaate, J. (2004). De verhouding tussen de WGBO en de Wet Bopz. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 7, 492-504.
- Legemaate, J., Frederiks, B.J.M., & Roode, R.P. de. (2007). *Rapport derde evaluatie van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen* (deel 7, p. 49). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Lendemeijer, B. (2006). De Toepassing van dwang in cijfers. In C.L. Mulder & A. Snijdewind (Red.), *Epidemie van dwangtoepassingen in de psychiatrie* (pp. 61-74). Badhoevedorp: Mension.
- Lendemeijer, B., Abma, T., & Widdershoven, G. (Red.). (2005). *Dwang en drang in de psychiatrie: Kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*. Utrecht: Lemma.
- Leon, A.C., Friedman, A.C., Sweeney, J.A., e.a. (1990). Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behaviour: the application of survival analyses. *Psychiatry research*, 31, 99-108.
- Lokshin, P., Lerner, V., Miodownik, C., e.a. (1999). Parenteral clozapine: five years of experience (letter). *Journal of clinical psychopharmacology*, 19, 479-480.

- Marshall, M., & Lockwood, A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews* 1998(2), Article CD001089. The Cochrane Library Database. DOI: 10.1002/14651858.
- McEvoy, J.P., Applebaum, P.S., Apperson, L.J., e.a. (1989). Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Comprehensive psychiatry*, 30(1), 13-7.
- McGorry, P.D., Chanen, A., McCarthy, E., Riel, R. van, e.a. (1991). Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis: an unrecognized postpsychotic syndrome. *The journal of nervous and mental disease*, 179, 253-258.
- McNiel, D.E., & Binder, L.R. (1995). Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients' risk of violence. *American journal of psychiatry*, 152, 901-906.
- McNiel, D.E., Gregory, A.L., Lam, J.N., Binder, R.L., & Sullivan, G.R. (2003). Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(5), 945-53.
- Meltzer, H.Y., Alphas, L., Green, A.I., e.a. (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry*, 60(1), 82-91. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry*, 2003, 60(7), 735.
- Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act*, 2006.
- Meyer, H., Taiminen, T., Vuori, T., Aijala, A., e.a. (1999). Post-traumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalisation in schizophrenic and delusional patients. *Journal of nervous and mental disorders*, 187(6), 343-52.
- Milton, J., Amin, S., Singh, S.P., e.a. (2001). Aggressive incidents in first-episode psychosis. *British journal of psychiatry*, 178, 433-440.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Appelbaum, P.S., e.a. (2000). Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *British journal of psychiatry*, 176, 312-319.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Silver, E. e.a. (2001). *Rethinking risk assessment. The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Robbins, P.C., e.a. (2005). An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. *Psychiatric services*, 65(7), 810-815.
- Monahan, J., Steadman, J.H., Appelbaum, P.S., e.a. (2006). The classification of violence risk. *Behavioral sciences and the law*, 24, 721-730.
- Moss, H.B., Salloum, I.M., & Fisher, B. (1994). Psychoactive substance abuse. In H. Hersen, R.T. Ammerman, & L.A. Sisson (Eds.), *Handbook of aggressive and destructive behaviour in psychiatric patients* (pp. 175-201). New York: Plenum Press.

- Muirhead, D., Harvey, C., & Ingram, G. (2006). Effectiveness of community treatment orders for treatment of schizophrenia with oral or depot antipsychotic medication: clinical outcomes. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *40*, 596-605.
- Mulder, C.L., Hemert, A.E., & Sikkens, E.P.K. (2006). Epidemiologie van de acute psychiatrie. In R.A. Achilles, R.J. Beerthuis & W.M. Ewijk (Red.), *Handboek spoedeisende psychiatrie* (pp. 25-41). Amsterdam: Uitgeverij Benecke N.I.
- Mulder, C.L., & Tielens, J.A.E. (2008). Opvattingen over maatschappelijke teloor- gang en zelfverwaarlozing beïnvloeden keuze voor dwangopname. *Tijd- schrift voor Psychiatrie*, *50*, 229-235.
- Muralidharan, S., & Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane database of systematic reviews*, *3*. Wiley Interscience.
- National Institute for Clinical Excellence (2005). *Violence. The short-term man- agement of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments* (NICE clinical guideline 25). [www.nice.org.uk/ CG025NICEguideline](http://www.nice.org.uk/CG025NICEguideline).
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2005). *Profielschets psychiater*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Neeleman, J., Graaf, R. de, & Vollebergh, W. (2004). The suicidal process: Prospective comparison between early and later stages. *Journal of affective disorders*, *82*, 43-52.
- Ogloff, J.R.P., & Daffern, M. (2006). The dynamic appraisal of situational aggres- sion: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral science and the law*, *24*, 799-813.
- Pokorny, A.D. (1993). Suicide prediction revisited. *Suicide & life-threatening behavior*, *23*(1), 1-10.
- Priebe, S., Bröker, M., & Gunkel, S. (1998). Involuntary admission and posttrau- matic stress disorder symptoms in schizophrenia patients. *Comprehensive psychiatry*, *39*, 220-224.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (1997). *Beter (z)onder dwang?* Zoeter- meer: RVZ.
- Radomsky, E.D., Haas, G.L., Mann, J.J., e.a. (1999). Suicidal behaviour in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American journal of psychiatry*, *156*, 1590-1595.
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research: A critical introduction*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Salize, H.J., & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British journal of psychiatry*, *184*, 163-168.
- Salize, H.J., & Dressing, H. (2005). Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: Is there any link? *Current opinion in psychiatry*, *18*, 576-584.

- Salloum, I.M., Daley, D.C., Cornelius, J.R., e.a. (1996). Disproportionate lethality in psychiatric patients with comorbid alcohol and cocaine abuse. *American journal of psychiatry*, 153, 953-955.
- Salloum, I.M., Daley, D.C., Cornelius, J.R., e.a. (1996). Disproportionate lethality in psychiatric patients with comorbid alcohol and cocaine abuse. *American journal of psychiatry*, 153, 953-955.
- Schoevers, R.A., Stikker, T.E., Ven-Dijkman, M.V. van de, & Sikkens, E.P.K.. (2006). *Onderzoeksverslag ten behoeve van de ontwikkeling van een richtlijn dwangopname in het kader van de Wet Bopz in Nederland*. Amsterdam: Mentrum.
- Schulte, P.F.J., Stienen, J., Bogers, J., Cohen, D., Dijk, D. van, Lionarons, W.H., Sanders, S.L., & Heck, A.H. (2007). Compulsory treatment with clozapine: a retrospective long-term cohort study. *International journal of law and psychiatry*, 30, 539-545.
- Shaw, K., McFarlane, A., & Bookless, C. (1997). The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness. *The journal of nervous and mental disease*, 185, 434-41.
- Sheline, Y., & Nelson, D. (1993). Patient choice: deciding between psychotropic medication and physical restraints in an emergency. *The bulletin of the American academy of psychiatry and the law*, 21, 321-329.
- Simon, R.I. (1992). *Clinical Psychiatry and the Law* (2nd edition). Washington: American Psychiatric Press.
- Simon, R.I. (2006). Suicide risk assessment: is clinical experience enough? *The journal of the American academy of psychiatry and the law*, 34(3), 276-8.
- Sno, H.N., & Schuitemaker, M.G. (2000). Niet-orale toedieningsvormen van psychofarmaca. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 144, 116-120.
- Soloff, P.H., Lynch, K.G., Kelly, T.M., e.a. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American journal of psychiatry*, 157, 601-608.
- Sorgaard, K.W. (2004). Patients' perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study. *Nordic journal of psychiatry*, 58, 299-304.
- Spijker, J., e.a. (2005). De rol van psychiaters bij separeren. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 60, 1084-1094.
- Steadman, H.J. e.a. (2001). Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatric services*, 52, 330-336.
- Steinert, T., & Schmid, P. (2004). Effect of voluntariness of participation in treatment on short-term outcome of inpatients with schizophrenia. *Psychiatric services*, 55, 786-791.
- Stolker, J.J., Hugenholtz, G.W., Heerdink, E.R., Nijman, H.L., Leufkens, H.G., & Nolen, W.A. (2003). Separatie van opgenomen psychotische patiënten: Later bij gebruik van antipsychotica en mogelijk ook minder vaak. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 147(12), 557-61.

- Swartz, M.S. (2006). Use of outpatient commitment or related civil court treatment orders in five U.S. communities. *Psychiatric services*, 57, 343-349.
- Swartz, M.S., & Swanson, J.W. (2004). Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment: What's in the data? *Canadian journal of psychiatry*, 49(9), 585-91.
- Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., e.a. (1998). Violence and severe mental illness: the effect of substance abuse and nonadherence to medication. *American journal of psychiatry*, 155, 226-231.
- Swartz, M.S., e.a. (1999). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? : Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *The American journal of psychiatry*, 156, 1968-1975.
- Tengström, A., Hodgins, S., Grann, M., e.a. (2004). Schizophrenia and criminal offending. The role of psychopathology and substance use disorders. *Criminal justice and behavior*, 31, 367-391.
- Tholen, A.J. (2004a). Wilsbekwaamheid en zelfbeschikking. In A.F.G. Leentjes e.a. (Red.), *Consultatieve psychiatrie in de praktijk* (pp. 127-129). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Tholen, A.J. (2004b). Stappenplan bij de beoordeling van wilsbekwaamheid. In H. Witmer & en R. de Roode (Red.), *Van wet naar praktijk, implementatie van de WGBO: Deel 2 Informatie en toestemming* (pp. 117-122). Utrecht: KNMG.
- Tholen, A.J. (geaccepteerd voor publicatie). Beoordeling en management van het risico op gewelddadig gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie* (geaccepteerd voor publicatie in maart 2009).
- TREC Collaborative Group. (2003). Rapid tranquillisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomised trial with midazolam versus haloperidol plus promethazine. *BMJ*, 327, 708-414.
- Vandereycken, W., & Noordenbos, G. (Red.). (2008). Hoofdstuk 16. In *Handboek eetstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Vaughan, K., e.a. (2000). Community Treatment Orders: relationship to clinical care, medication compliance, behavioural disturbance and readmission, *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 34, 801-808.
- Vaughan, K., McConaghy, N., Wolf, C., Myhr, C., & Black, T. (2000). Community treatment orders: relationship to clinical care, medication compliance, behavioural disturbance and readmission. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 34, 801-808.
- Veldhuizen, J.R. van. (1994). Psychiatrische zorg: Thuis in Australië. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 3, 290-303.
- Veldhuizen, J.R. van. (1999). Retour Downunder: Verslag van een derde reis naar de GGz in Australië. *Dialoog: Wetenschappelijk Vlugschrijf GGZ NHN*, 1(1,2), 11-14.
- Veldhuizen, J.R. van. (2007). FACT: A Dutch version of ACT. *Community mental health journal*, 43(4), 421-433.

- Veldhuizen, J.R. van, Bähler, M., & Teer, W. (2006). Fact: de 'Functie ACT'. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 61(6), 525-534.
- Ven-Dijkman, M.V. van de, Schoevers, R.A., Sikkens, E.P.K., e.a. (2006). Toepassing en effecten van dwangopname: de wetenschappelijke onderbouwing. In R.A. Schoevers, T. Stikker, M.V. Ven-Dijkman & E.P.K. Sikkens (Red.), *Onderzoeksverslag ten behoeve van de ontwikkeling van een richtlijn dwangopname in het kader van de Wet Bopz in Nederland, aangeboden aan het ministerie van VWS* (pp. 50-90). Amsterdam: Mentrum.
- Verhoeven, Y., Janssen, M., & Broers, E. (2000). Effect van behandeling. In M. Donker, E. Broers, P. van Ginneken e.a. (Red.), *Intramurale dwangbehandeling van patiënten zonder ziekte-inzicht* (pp. 79-108). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Volavka, J., Czobor, P., Nolan, K., e.a. (2004). Overt aggression and psychotic symptoms in patients with schizophrenia treated with clozapine, olanzapine, risperidone, or haloperidol. *J Clin Psychopharmacol*, 24(2), 225-228.
- Wallace, C., Mullen, P.E., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalisation and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American journal of psychiatry*, 161, 716-727.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., e.a. (1997). *The HCR-20 Scheme: the assessment of dangerousness and risk*. Vancouver: Simon Fraser University.
- Webster, C.D., Nicholis, T.L., Martin, M., e.a. (2006). Short-term assessment of risk and treatability (START): The case for a new structured professional judgement scheme. *Behavioral sciences and the law*, 24, 747-766.
- Welles, F.E. (2006). Dwang: separatie versus medicatie. De ingrijpendheid van dwangmiddelen in de psychiatrie vanuit patiëntenperspectief. Utrecht: Stichting PVP.
- Wet Bopz, 22 juni 2000, Staatsblad 292.
- WGBO *Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst*. www.overheid.nl.
- Wheeldon, T.J., Robertson, C., Eagles, J.M., e.a. (1999). The view and outcomes of consenting and non-consenting patients receiving ECT. *Psychological medicine*, 29, 221-223.
- Yen, S., Shea, M.T., Sanislow, C.A., e.a. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behaviour. *American journal of psychiatry*, 161, 1296-1298.
- Zuijderhoudt, R.H. (2004). *Stoornis en de Bopz*. Praktijkreeks Bopz deel 8. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Lijst van jurisprudentie

Gebruikte afkortingen

BJ	<i>Bopz Jurisprudentie</i> (het tijdschrift <i>Bopz Jurisprudentie (BJ)</i> publiceert belangwekkende uitspraken van de Hoge Raad)
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de mens en fundamentele vrijheden
HR	Hoge Raad
NJ	Nederlandse Jurisprudentie (uitspraken in burgerlijke en strafzaken)
Rb	Rechtbank

EVRM

- Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de mens en fundamentele vrijheden (EVRM), 5 oktober 2000, nr. 31365/96, *Bopz Jurisprudentie (BJ)*, 2001, 36.

Bopz Jurisprudentie

- *Bopz Jurisprudentie (BJ)*, 2002, 29: Rb Dordrecht, 28 maart 2002, 110995.
- *Bopz Jurisprudentie (BJ)*, 2003, 20: Hoge Raad, 21 februari 2003, nr. R03/002.

Hoge Raad

- Hoge Raad, 21 februari 2003, *BJ* 2003, 20.
- Hoge Raad 6 november 1998:
 - *NJ* 1999, 103;
 - *kBJ* 1998, 60;
 - Hoge Raad 3 november 2000, *NJ* 2000, 717.
- Hoge Raad, 8 mei 1998: *Bopz Jurisprudentie (BJ)*, 1998, 26.
- Hoge Raad, 17 oktober 1997, *NJ* 1998, 816.
- Hoge Raad, 25 september 2005, *BJ* 35.

Rechtbank

- Rechtbank (Rb) Dordrecht, 10 november 2004, *Bopz Jurisprudentie (BJ)*, 2005, 8.

Tweede Kamer

- Tweede Kamer, 1990/1991 nr. 21239, nr. 6, MvA, p.18.
- Tweede Kamer, Nadere Memorie van Antwoord 1979/1980, 11270.

Kamerstukken

- Kamerstukken II 2005/06, 30.492. Wetsvoorstel wijziging van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen,voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling.