

Beter (z)onder dwang?

Achtergrondnota

Dr. R.L.P. Berghmans
Instituut voor Gezondheidsethiek

Achtergrondnota geschreven in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het RVZ-advies Beter (z)onder dwang

Zoetermeer, augustus 1997

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Drang, dwang en de beperking van keuzevrijheid	5
1.2	Vrijheidsbeperkende principes en de staat	5
1.3	Recente ontwikkelingen rond drang en dwang in de gezondheidszorg	7
1.4	Formele en informele dwangtoepassing	8
1.5	Juridisering van dwangtoepassing	9
1.6	Anatomie van interpersoonlijke beïnvloeding	10
2	Dwangtoepassing in de klinische ggz-setting	15
2.1	Dwangopneming	15
2.2	Dwangtoepassing tijdens verblijf in de instelling	17
2.3	Gescheiden beoordeling dwangopname en dwangbehandeling	22
2.4	Wils(on)bekwaamheid en dwangbehandeling	23
3	Ambulante dwangbehandeling	32
3.1	Ontwikkelingen	32
3.2	Varianten van ambulante dwangtoepassing	33
3.3	Ambulante dwang als 'coercive offer'	36
3.4	Ambulante dwang in het buitenland	36
3.5	Argumenten voor en tegen ambulante dwangbehandeling	38
3.6	Afdwingbaarheid van ambulante dwangbehandeling	43
3.7	De morele rechtvaardiging van ambulante dwang	43
3.8	Implicaties van ambulante dwangbehandeling voor de Wet bopz	44
3.9	Enkele onopgehelderde kwesties	45
3.10	Conclusie	45
4	Zelfbinding in de ggz	47
4.1	De gedachte	47
4.2	Wilsverklaringen	48
4.3	Mogelijkheden en beperkingen	49
4.4	Problemen	49
4.5	Beperkingen van zelfbinding	60
4.6	Het buitenland	60
4.7	Conclusie	62
4.8	Aanzet voor implementatie	62
5	Mogelijkheden om toepassing van drang en dwang te voorkomen/terug te dringen	64

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

5.1	De rol van (ziekte)inzicht	64
5.2	Bevordering van coöperatie	65
5.3	De ervaring van dwang	67
5.4	Conclusie	68

**6 Aanzet tot een ethisch toetsingskader voor de
toepassing van drang en dwang in de
gezondheidszorg** **70**

6.1	Aandachtspunten bij de toepassing van drang en dwang	70
6.2	Dwang om bestwil en dwang met het oog op voorkomen van schade aan anderen	71

Bijlagen

1	Ambulante dwangbehandeling in de BOPZ-evaluatie	77
2	Standaardformulering van de wilsverklaring in Oregon	81
3	De wet in Maine	83
4	Gegevens BOPZ-evaluatie met betrekking tot zelfbindingsverklaringen	85
5	Literatuur	89
6	Overzicht publicaties RVZ	109

1 Inleiding

1.1 Drang, dwang en de beperking van keuzevrijheid

In samenlevingen waarin individuele vrijheid een belangrijke waarde is, is de - al dan niet door de overheid gelegitimeerde - toepassing van maatregelen die de vrijheid van individuen of groepen van burgers beperken problematisch. De inperking van individuele handelings- en keuzevrijheid, al dan niet met een beroep op het belang van het individu, is in liberale samenlevingen niet vanzelfsprekend, maar behoeft rechtvaardiging.

Bij die rechtvaardiging kan een beroep worden gedaan op uiteenlopende overwegingen. Bij de toepassing van strafrechtelijke sancties staan retributieve overwegingen centraal, terwijl daarnaast generale en specifieke preventie, alsmede resocialisatie deel uitmaken van de doelstellingen van het strafrecht. In de context van de gezondheidszorg worden beperkingen van de vrijheid van burgers doorgaans gerechtvaardigd met een beroep op het belang van de betrokkene(n) zelf (het paternalistische motief), de belangen van anderen en de openbare orde (het schadebeginsel), of beide.

Hoewel de beperking van de vrijheid van de patiënt altijd al deel heeft uitgemaakt van de praktijk van de gezondheidszorg, is de problematisering van de relatie tussen dwangtoepassing en hulpverlening een verschijnsel van recente datum. Sommige critici van dwangtoepassing in de gezondheidszorg menen dat dwang en hulpverlening niet alleen met elkaar op gespannen voet staan, maar elkaar zelfs uitsluiten. Voor deze critici vooronderstelt goede hulpverlening de vrijwillige medewerking van de cliënt. Dit geldt met name voor de geestelijke gezondheidszorg. Anderzijds lijkt het een onvermijdelijk gegeven dat we soms niet zonder dwang kunnen, omdat het ideaal van een hulpverleningsrelatie die is gebaseerd op wederzijdse instemming van cliënt en hulpverlener onbereikbaar is, terwijl de cliënt dreigt te verkommeren of verloederen.

1.2 Vrijheidsbeperkende principes en de staat

Het is mogelijk een aantal zogenaamde 'vrijheidsbeperkende principes' te onderscheiden, waarop de staat zich kan beroepen om rechten en vrijheden van burgers, al dan niet met toepassing van dwang, te beperken.

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

Het schadeprincipe

Dit principe houdt in dat de noodzaak om schade aan andere personen dan de actor zelf te voorkomen altijd een moreel relevante reden is om overheidsdwang te rechtvaardigen. Het gaat hier om het befaamde schadebeginsel van John Stuart Mill. Dit schadeprincipe, dat aangeeft dat de grens van de zelfbeschikking en handelingsvrijheid van het individu daar ligt waar de rechten, belangen en vrijheden van anderen in het geding zijn, staat niet ter discussie. Wel is er verschil van mening over de vraag of - zoals Mill claimt - dit het *enige* valide vrijheidsbeperkende principe is. Drie andere 'kandidaten' die in aanmerking komen zijn de volgende.

Het principe van aanstoot

Dit principe houdt in dat behalve schade aan anderen ook belediging en aanstoot rechtvaardigingsgronden zijn voor interventies van de staat in de vrijheid van burgers (Feinberg, 1985). Staatsinmenging in de productie en verspreiding van pornografie en het 'bedrijven' van een afwijkende seksuele praktijk zijn voorbeelden van thema's waarbij het principe van aanstoot ingeroepen kan worden (Hart, 1963; Dworkin, 1977).

Het paternalisme-principe

Het paternalisme-principe houdt in dat het voorkomen van schade aan de actor zelf een valide rechtvaardiging is voor ingrijpen van de overheid in de vrijheden van de burger (Feinberg, 1986; Jacobs, 1985). Bij de hantering van het paternalisme-principe wordt doorgaans een onderscheid gemaakt tussen sterk en zwak paternalisme (Van Asperen, 1986; Berghmans, 1992). Bij sterk paternalisme wordt de keuzevrijheid van een persoon in diens belang beperkt, terwijl deze persoon niet onderhevig is aan beperkingen in zijn besluitvormingsvermogen. Zwak paternalisme betreft paternalistisch handelen jegens personen van wie dit vermogen in meerdere of mindere mate beperkt of gestoord is.

Het juridisch moralisme-principe

Dit principe houdt in dat, onafhankelijk van de vraag of het gedrag schade, belediging of aanstoot voor anderen met zich meebrengt, het voorkomen van inherent immoreel gedrag een rechtvaardiging vormt voor inbreuken op de vrijheid van de burger (Feinberg, 1988).

In liberaal-democratische samenlevingen zijn uitsluitend het schadeprincipe en het paternalismeprincipe (voor wat betreft zijn zwakke variant) legitiem geachte vrijheidsbeperkende principes. Bij de rechtvaardiging van vrijheidsbeperkingen die al dan niet middels toepassing van dwang plaatsvinden, is dan ook een beroep op (één van) deze principes vereist.

1.3 Recente ontwikkelingen rond drang en dwang in de gezondheidszorg

Recente maatschappelijke ontwikkelingen maken een hernieuwde bezinning op het vraagstuk van drang- en dwangtoepassing in de gezondheidszorg noodzakelijk.

Op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg lijkt onder invloed van onder andere de extramuralisering en door een toename van dak- en thuisloosheid en van gecombineerde problematiek (verslaving en psychische stoornis) sprake te zijn van een toename van de problemen van 'verkommerden en verloederden'. Overwegend spelen paternalistische overwegingen een rol in het debat over het verbeteren van het lot van deze groep, naast onmiskenbare openbareordemotieven.

Op het terrein van de bestrijding van de infectieziekten is onder invloed van de groei van het aantal verslaafden enerzijds en van het aantal allochtone en illegale medeburgers anderzijds de angst voor het opvlammen van infectieziekten toegenomen (Gezondheidsraad, 1996). De bestrijding van infectieziekten en de mogelijke toepassing van dwang en drang daarbij wordt doorgaans gelegitimeerd met een beroep op het voorkomen van schade aan anderen.

In de verslaafdenzorg zijn experimenten met gedwongen afkickprogramma's gaande die plaatsvinden op het grensvlak tussen justitie en volksgezondheid en is de vraag of er een wettelijke mogelijkheid moet komen om verslaafden gedwongen te laten afkicken weer actueel. Hierbij is doorgaans sprake van een 'gemengde motivering' (NRV, 1992): vanuit beveiligingsoverwegingen en motieven van openbareordehandhaving enerzijds en paternalistische motieven anderzijds.

In de jeugdwelzijnszorg is de vraag actueel naar mogelijkheden om pedagogische interventies op te leggen. Zo is men bij de Raden voor de Kinderbescherming op zoek naar mogelijkheden om ondertoezichtstelling te voorkomen. Wanneer een gezin bijvoorbeeld bereid is om zich te laten begeleiden, dan gaat de kinderrechter er soms toe over een ondertoezichtstelling op te

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

schorten. In deze sector zijn de achterliggende motiveringen doorgaans gericht op de bescherming van het belang van het jonge kind.

In de ouderenzorg zijn drang- en dwangvraagstukken vooral actueel bij psychogeriatrische patiënten. Het kan dan gaan om onvrijwillige opname in een instelling, maar ook om bijvoorbeeld de toepassing van vrijheidsbeperkende of 'beschermende' maatregelen. Ook in de thuissituatie of het verzorgingshuis is, mede als gevolg van de verzwaring van de zorglast, in toenemende mate sprake van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en van drangtoepassing. Hier kunnen naast paternalistische motieven ook de belangen van anderen (bijvoorbeeld medebewoners) in het geding zijn.

Tenslotte zijn in de zorg voor verstandelijk gehandicapten dwang en drang geen onbekende fenomenen. Hier kunnen zowel paternalistische overwegingen als het voorkomen van schade aan de belangen van anderen een rol spelen.

1.4 Formele en informele dwangtoepassing

Het is van belang vast te stellen dat in de alledaagse praktijk van de zorg naast de formele dwangtoepassing zoals geregeld in de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) en de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), er allerlei informele vormen van machtsuitoefening en van drang- en dwangtoepassing plaatsvinden. Een illustratie is de volgende klinische casus van een verpleegkundige (ontleend aan rapport 6 van de Evaluatiecommissie, p. 117):

"We hebben een patiënt waarvan we weten dat als hij een paar dagen geen medicatie inneemt, hij niet te hanteren is. Als deze patiënt geen medicatie inneemt, dan zeggen we: "Je houdt je niet aan de afspraken, dan willen we je niet op de groep hebben." Maar de groep is wel de plek waar de leuke dingen gebeuren, waar gerookt wordt. Uit de praktijk weten we dat de patiënt dan de medicatie wel inneemt... Het is wel een dubieuze vorm van niet-gedwongen medicatie. Het is toch van: het hoeft niet, maar als je het niet doet, dan krijg je problemen. De praktijk is dan dat de patiënt het wel neemt. En de praktijk is ook dat wij wel weten wat we doen, dus dat we eigenlijk gelijk hebben, en dat we het op grond daarvan (..), maar dan ga je toch aardig richting het bestwilprincipe, dus iedereen is het met ons eens..."

In het Evaluatierapport (rapport 2) van de Evaluatiecommissie Wet

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (p. 42) wordt melding gemaakt van patinten met een rechterlijke machtiging die medicatie weigeren. Aan deze patinten wordt medegedeeld dat een voortzetting van de machtiging zal worden aangevraagd. Het blijkt dat voor de meeste weigeraars dit een reden is om de medicatie alsnog te nemen. Tenslotte kan nog het voorbeeld worden genoemd van het dreigen met een inbewaringstelling wanneer een vrijwillig opgenomen patiënt zijn verblijf in de instelling wenst te beëindigen¹.

1.5 Juridisering van dwangtoepassing

Met name in de psychiatrie heeft zich sinds de jaren zestig een ontwikkeling voorgedaan gericht op de emancipatie van de patiënt en de versterking van diens rechtspositie (Berghmans, 1992). De cliëntenbeweging heeft daarin een vooraanstaande rol gespeeld (Heerma van Voss, 1978), naast een aantal groepen van belangenbehartigers die zich de kwetsbare positie van de ggz-cliënt ter harte nam en in het publieke debat verwoordde (Van Eijk-Osterholt, 1972; Paull, 1973). Tenslotte hebben juristen een bijdrage geleverd aan de vertaling van een aantal claims ter verbetering van de positie van de psychiatrische patiënt in termen van rechten en rechtspositie (Van Ginneken, 1975; Frid, Ippel & Laurs, 1980; Laurs, 1988; Legemaate, 1991). Parallel aan deze ontwikkelingen was in het begin van de jaren zeventig een begin gemaakt met de hervorming van de krankzinnigenwetgeving en werd in 1972 het wetsontwerp BOPZ ingediend.

De vertaling van de positie van de psychiatrische patiënt in rechtentermen (juridisering) heeft ertoe geleid dat met name toepassing van dwang in de psychiatrie aan nadere regels is onderworpen. Werd traditioneel nog aangenomen dat dwang in het kader van de Krankzinnigenwet inherent deel uitmaakte van de bejegening van de patiënt (De Bruyn, 1971), onder het regiem van de in 1994 in werking getreden Wet bopz is voor dwangtoepassing, ook in het kader van een onvrijwillige psychiatrische opneming, een afzonderlijke juridische legitimatie vereist.

1.6 Anatomie van interpersoonlijke beïnvloeding

Door middel van de toepassing van drang en dwang wordt beoogd een persoon ergens toe te brengen. Drang en dwang zijn vormen van interpersoonlijke beïnvloeding. Drie vormen van interpersoonlijke beïnvloeding kunnen worden onderscheiden: 1. rationele overreding; 2. manipulatie; en 3. dwang (Culver & Kligman, 1992).

Vormen van interpersoonlijke beïnvloeding

Rationele overreding vindt plaats wanneer een persoon het gedrag van een ander poogt te beïnvloeden door te trachten deze ertoe te brengen openlijk zijn intenties voor een bepaalde handeling te heroverwegen. Kenmerkend daarbij is dat de overreder geen gebruik maakt van druk of aansporingen die extern zijn ten opzichte van de rationele evaluatie van de mogelijke gevolgen van die handeling vanuit het gezichtspunt van het eigenbelang van degene die wordt overreed.

De poging van een persoon om het gedrag van iemand anders te beïnvloeden, krijgt een manipulatief karakter wanneer de toegepaste communicatieve benadering zijn rechtstreekse en openlijke kwaliteit verliest. De primaire intentie van de manipulator is de gewenste instemming van de ander te produceren door opzettelijke en gecalculerde druk uit te oefenen op datgene wat hij veronderstelt dat manipuleerbare aspecten van het motivationeel systeem van de gemanipuleerde zijn.

Bij dwang worden dusdanig sterke middelen (aansporingen, beloften, dreiging van sanctie, e.d.) gebruikt om een bepaalde handeling of keuze uit te lokken dat het onredelijk is te veronderstellen dat enig persoon niet zo zou handelen. Dwang kan de vorm van een aanbod hebben, of van een dreiging (respectievelijk 'coercive offer' of dwangaanbod en 'coercive threat' of dwangdreiging). Een dwangaanbod kan een onweerstaanbare prikkel inhouden vanwege de extreme aantrekkelijkheid van het aanbod voor de betrokkene. Een dwangdreiging houdt over het algemeen het vooruitzicht in van een extreem onaantrekkelijk gevolg (een of ander significant kwaad) wanneer de betrokkene niet handelt op de wijze waarop degene die de dwang toepast wil dat hij handelt. En tenslotte is er de dwangtoepassing zonder dreiging of aanbod: de situatie waarin fysieke dwang wordt uitgeoefend.

Er zijn dus velerlei manieren om iemand ertoe te brengen dat hij op een bepaalde manier handelt. De vraag is waar precies 'iemand

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

tot iets brengen' overgaat in 'iemand tot iets dwingen'. Het gaat dan om het onderscheid tussen de uitoefening van drang (of druk) en de toepassing van dwang.

Afname van vrijwilligheid en keuzevrijheid: drang en dwang

Vastgesteld kan worden dat er sprake is van een continuüm waarop in toenemende mate druk wordt uitgeoefend op de vrijwilligheid van het handelen (en daarmee de keuzevrijheid) van de betrokkene.

Kenmerkend voor dwangtoepassing is dat handelingen of gedragingen tot stand komen buiten de wil of tegen de wil van betrokkene. De wil van deze staat (nagenoeg) buiten spel en heeft geen relevantie voor datgene wat gebeurt. Er is sprake van onvrijwilligheid (of van een substantiële afname van vrijwilligheid). Dit maakt dwangtoepassing dan ook moreel problematisch. Degene die dwang ondergaat wordt afgeleid van het nastreven van zijn eigen doelen en bedoelingen doordat zijn 'range of opportunities for action' wordt ingeperkt.²

Het is nu mogelijk een poging te doen dwang en drang van elkaar af te grenzen. Van dwang is sprake wanneer de wil van de betrokkene wordt uitgeschakeld of geminimaliseerd. Bij dwang kan niet staande worden gehouden dat er sprake is van relevante vrijwilligheid van de kant van de geadresseerde.

Dit sluit echter niet uit dat een beroep wordt gedaan op de wil van de betrokkene (NRV, 1992). Deze hoeft immers niet altijd tot een bepaalde handeling of keuze te worden 'gebracht' (zoals het geval is bij fysieke dwangtoepassing), maar kan voor een 'keuze' worden gesteld waarin een wilsact van de betrokkene vereist is. Indien er sprake is van een aanzienlijke discrepantie tussen keuze alternatieven, kan de betrokkene zodanig in de richting van één van de alternatieven worden gedrongen dat redelijkerwijs geen sprake meer is van vrijwilligheid. Niettemin vereist de uiteindelijke keuze een wilsact van de betrokkene. De wil is dan relevant om de medewerking van de betrokkene bij de realisatie van een bepaalde handelingsoptie te verkrijgen, zonder dat er sprake hoeft te zijn van vrijwilligheid.

Bij de toepassing van drang worden drukmiddelen ingezet om de betrokkene tot een bepaalde handeling of keuze te brengen.

Degene die drang toepast, staat niet vrijblijvend ten opzichte van de keuze die de betrokkene uit verschillende opties maakt. Wat de uitkomst is, laat hem niet onverschillig. Drang speelt zich derhalve af in het eerder onderscheiden handelingsdomein van de

manipulatie. Er resteert de betrokkene een zeker marge van vrijheid en vrijwilligheid om een keuze te maken tussen verschillende opties of handelingsalternatieven.

Drang, dwang, vrijwilligheid en validiteit van toestemming

Dwang, drang, vrijwilligheid/keuzevrijheid en de validiteit van een keuze of de instemming of toestemming van de betrokkene hangen dan ook nauw met elkaar samen. Drang en dwangtoepassing beïnvloeden in negatieve zin de vrijwilligheid van een keuze of handeling. Maar vrijwilligheid is altijd gradueel: er is altijd sprake van meer of minder. En zelfs dwangtoepassing hoeft niet altijd zodanig te zijn dat de vrijwilligheid tot nul wordt gereduceerd. Drang en dwangtoepassing verminderen altijd de vrijwilligheid en keuzevrijheid, maar heffen deze niet altijd geheel op. Dit geldt ook voor de instemming of toestemming van de actor. De vrijwilligheid kan door middel van dwang zodanig gereduceerd zijn dat de keuze van de betrokkene zodanig is dat deze moreel niet valide geacht kan worden. Hoewel drang, dwang en vrijwilligheid schaalbegrippen zijn (er kan sprake zijn van meer of minder), is validiteit van toestemming dit niet. Een beslissing of keuze is valide of niet: validiteit heeft derhalve een alles-of-niets karakter.

Wanneer is sprake van zodanige afname van vrijwilligheid van de keuze dat de gegeven instemming of toestemming moreel niet valide kan worden geacht? Hier is de context relevant³. Met name wanneer het gaat om de eerder genoemde dwangdreigingen (coercive threats) of dwangaanbiedingen (coercive offers) is de 'differential coercive pressure' een bepalende factor. Het gaat dan om de respectievelijke 'prijskaartjes' die verbonden zijn aan de verschillende keuzealternatieven.

Wanneer het alternatief voor instemming extreem onaantrekkelijk is - en daarmee de prijs zeer hoog - dan is er geen verschil met het hebben van geen keuze, zoals het geval is bij fysieke dwangtoepassing. In het 'grijze gebied', dat wil zeggen tussen de extremen van overweldigende 'coercive threats' aan de ene kant en aantrekkelijke aanbiedingen aan de andere kant, wordt door het aanbod of de dreiging een prijskaartje verbonden aan niet-instemming. Hoe groter de druk die uitgaat van de kosten die verbonden zijn aan het alternatief, hoe minder waarschijnlijk niet-instemmen wordt. In dit grijze gebied is sprake van een geleidelijke overgang van vrijwilligheid naar onvrijwilligheid, en derhalve van valide instemming/toestemming, naar invalide instemming/toestemming.

Het subjectieve gezichtspunt van de persoon

Dwang kan niet volledig onafhankelijk van het subjectieve gezichtspunt van de betrokkene worden geëvalueerd. Hoe groot de druk is, en daarmee de afname van vrijwilligheid, is mede afhankelijk van subjectieve aspecten, van de specifieke waarden en voorkeuren van de betrokkene. De mate van druk is een functie van hoe graag deze X wil en Y wil vermijden, en van de rangorde van zijn preferenties.

Drang, dwang en macht

De impact van drang en dwang heeft te maken met de macht die de actor heeft. Macht kan dan gezien worden in termen van de mogelijkheden die deze heeft om daadwerkelijk de druk die hij uitoefent effectief te laten zijn. Met name bij dwangaanbiedingen en dwangdreigingen zijn de middelen die de actor feitelijk kan inzetten (de macht die hij heeft om bepaalde 'beloften' waar te maken en 'beloningen' of 'straffen' aan te wenden) van groot belang.

Relevantie van onderscheidingen

Onderscheidingen en definities zijn descriptief en rechtvaardigen als zodanig geen evaluatieve of normatieve uitspraken. Wat is de morele relevantie van de onderscheidingen die hiervoor zijn gemaakt? Uitgaande van het perspectief van de cliënt gaat het met name om de beperking van keuze- of handelingsopties (vrijwilligheid). Verschillende vormen van interpersoonlijke beïnvloeding werken op dit punt anders uit. Is er een moreel relevant verschil tussen iemand fysiek dwingen en iemand trachten door middel van een dwangaanbod tot een bepaalde keuze of handeling 'aan te sporen'? En zo ja, waarin bestaat dan dat verschil?

Moeten we niet vaststellen dat onder bepaalde voorwaarden een 'coercive offer' of 'coercive threat' de betrokkene geen of nauwelijks een marge van keuzevrijheid laat? Het onderscheid van Elias (1969) tussen 'Fremdzwang' en 'Selbstzwang' laat zien dat externe fysieke dwang niet altijd noodzakelijk is om mensen tot gewenst gedrag te brengen. In onze moderne geciviliseerde samenleving is via socialisatie en internalisering van normen al heel wat gedrag via Selbstzwang 'afgedwongen' zonder dat daarvoor externe sanctionerende instanties vereist zijn. Daarnaast kunnen vormen van dwangaanbiedingen zodanig invaliderend uitwerken op de wil van de betrokkene dat diens vrijheid van keuze illusoir wordt: theoretisch bestaan er weliswaar verschillende opties, maar de betrokkene kan - gegeven zijn

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

persoonlijke preferenties - niet of nauwelijks anders dan 'kiezen' voor één bepaalde optie.

Bij fysieke dwangbehandeling is sprake van een objectief (in redelijkheid) ontbreken van keuzevrijheid bij de betrokkene. Bij andere vormen van beïnvloeding die beogen een persoon tot iets te brengen is het afhankelijk van diens subjectieve gezichtspunt, in combinatie met relevante kenmerken van het aanbod dat of de dreiging die plaatsvindt, of er sprake is van een zodanige afname van keuzevrijheid dat er niet werkelijk sprake is van een keuze, en dus evenmin van vrijwilligheid. Sommige vormen van drukuitoefening en manipulatie (drang) kunnen dan ook in morele zin wat betreft hun impact op de vrijwilligheid van het handelen van de betrokkene gelijk worden gesteld aan fysieke dwang-uitoefening.

De morele evaluatie van uiteenlopende vormen van drang- en dwangtoepassing in de gezondheidszorg loopt derhalve niet parallel aan de omschrijving van uiteenlopende handelingen die als drang- of dwang worden gedefinieerd. Als drang wordt gedefinieerd als het onaantrekkelijk maken van ongewenst gedrag (bijvoorbeeld Gezondheidsraad, 1996), dan volgt daaruit niet vanzelfsprekend dat dit gemakkelijker moreel te rechtvaardigen zou zijn dan dwangtoepassing. Bepalend is uiteindelijk welk perspectief als uitgangspunt wordt genomen: het externe perspectief dat de omschrijving van de handeling als uitgangspunt hanteert, of het interne perspectief, dat het subjectieve gezichtspunt van de persoon als vertrekpunt neemt. Binnen het eerste perspectief kan objectief nog sprake zijn van een keuze tussen alternatief A en B, terwijl dit vanuit de subjectieve beleving van de betrokkene niet zo wordt ervaren, en in redelijkheid ook niet zo kan worden ervaren.

2 Dwangtoepassing in de klinische ggz-setting

De Wet bopz regelt de externe en de interne rechtspositie van psychiatrische patiënten. De externe rechtspositie betreft procedures van onvrijwillige opnemingen en van verlof en ontslag. De interne rechtspositie betreft de rechten van de onvrijwillig opgenomen patiënt gedurende zijn verblijf in de instelling.

In dit hoofdstuk worden de juridische mogelijkheden voor dwangtoepassing in het kader van de Wet bopz behandeld, worden daarbij enkele kanttekeningen geplaatst en wordt een ethisch kader geschetst voor de rechtvaardiging van dwangtoepassing.

2.1 Dwangopneming

In deze nota wordt niet in detail ingegaan op de verschillende procedures van onvrijwillige opneming. Wel wordt aandacht besteed aan een van de centrale criteria voor onvrijwillige opneming: het gevaarscriterium.

Kern van de Wet bopz is dat personen die als gevolg van een psychische stoornis een gevaar voor zichzelf en/of anderen vormen tegen hun wil in een psychiatrische instelling kunnen worden opgenomen, hetzij middels een rechterlijke machtiging, hetzij middels een inbewaringstelling in spoedeisende situaties. Om iemand onvrijwillig op te kunnen nemen in een psychiatrisch ziekenhuis moet juridisch aan een viertal criteria zijn voldaan. Allereerst dient de betrokkene niet bereid te zijn zich vrijwillig te laten opnemen. Ten tweede dient de betrokkene 'gevaar' te veroorzaken. In geval van een inbewaringstelling moet het gevaar 'onmiddellijk dreigend' zijn. Ten derde dient het gevaar veroorzaakt te worden door een 'stoornis van de geestvermogens'. In geval van een inbewaringstelling dient tenminste een ernstig vermoeden van een dergelijke stoornis te bestaan. Tenslotte dient duidelijk te zijn dat het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Dit wordt ook wel het 'ultimum-remedium'-principe genoemd (De Wilde en Bijl, 1993).

Vooruitlopend op de inwerkingtreding van de Wet bopz is in de loop van de jaren tachtig via jurisprudentie van de Hoge Raad een invulling gegeven aan het gevaarscriterium (Van Ginneken, 1993, 1994).

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

Het gevaarscriterium bij dwangopneming

Over de interpretatie van het gevaarscriterium bestaat nogal wat onduidelijkheid. Enige tijd geleden heeft minister Borst psychiaters zelfs aangespoord om de wet op dit punt wat ruimer te interpreteren, zodat eerder tot opname kan worden overgegaan. Op haar verzoek heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een brochure Gevaar in de Wet bopz samengesteld die in december 1995 aan psychiaters, officieren van justitie, rechters en burgemeesters werd toegestuurd (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1995).

Na een aanvankelijk restrictieve interpretatie heeft de Hoge Raad in de loop der jaren een ruimere invulling aan het gevaarscriterium gegeven (Van Ginneken, 1993). Overigens blijken er op het punt van de rechterlijke interpretatie regionale verschillen te bestaan. Als anticipatie op de rechterlijke beslissing kunnen psychiaters soms zeer terughoudend zijn bij het afgeven van medische verklaringen. Dergelijke anticiperende beslissingen van psychiaters, maar ook van medewerkers van de politie, kunnen - hoe begrijpelijk ze ook zijn - als oneigenlijk gevolg hebben dat deze functionarissen op de stoel van de rechter terechtkomen.

Van Ginneken (1993, 1994) onderscheidt in de navolging van de Hoge Raad, drie soorten gevaar: gevaar voor zichzelf, gevaar voor anderen, en gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

Bij gevaar voor zichzelf worden onderscheiden:

- Gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen.
Er valt niet onder: gevaar voor de psychische gezondheid van betrokkene; een sterk verminderde kans op genezing; betrokkene behoeft behandeling.
- Gevaar dat betrokkene maatschappelijk te gronde gaat.
- Gevaar dat betrokkene zichzelf ernstig zal verwaarlozen.
Er valt mede onder: verwaarlozing van een lichamelijke ziekte.
- Gevaar dat betrokkene, met zijn hinderlijke gedrag, agressie van anderen tegen zichzelf zal oproepen.

Gevaar voor anderen betreft:

- Gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen.
- Gevaar voor de psychische gezondheid van een ander.
Er valt niet onder: ernstige overlast.
- Gevaar dat betrokkene een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.

Het is dus niet zo dat het gevaar zich reeds gerealiseerd moet hebben alvorens tot een onvrijwillige opname kan worden overgegaan. Het gaat om het inschatten van risico's, dat wil zeggen de voorzienbaarheid van het gevaar (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1995).

2.2 Dwangtoepassing tijdens verblijf in de instelling

De Wet bopz regelt behalve de externe rechtspositie tevens de interne rechtspositie van personen die onvrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis zijn of worden opgenomen. Uitgangspunt voor de interne rechtspositie van de patiënt is het behandelingsplan. Volgens artikel 38 lid 2 kan behandeling alleen plaatsvinden op basis van een behandelingsplan waarmee de patiënt of een vertegenwoordiger van de patiënt instemt.

Als de patiënt op grond van zijn geestelijke stoornis niet in staat is zijn wil met betrekking tot de voorgestelde behandeling te bepalen en niet in staat is het behandelingsplan met de behandelaar te bespreken, is er sprake van wilsonbekwaamheid. De behandelaar dient dan overleg te voeren met een vertegenwoordiger van de patiënt.

In de Wet bopz wordt een onderscheid gemaakt tussen dwangbehandeling (art. 38) en de toepassing van dwangmiddelen en -maatregelen ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties (art. 39). Het juridische onderscheid tussen beide is gebaseerd op de verschillende intenties die eraan ten grondslag liggen. In de Nota naar aanleiding van het eindverslag bij de BOPZ (Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 11270, nr.17, p.22) wordt het onderscheid nader toegelicht:

"De dwangbehandeling is steeds gericht op de behandeling van de betrokkene, dat wil zeggen op verbetering van zijn stoornis en wegneming van het gevaar. De dwangbehandeling kan zich (als elke andere behandeling) over enige tijd uitstrekken, wanneer de beslissing over de toelaatbaarheid daarvan en de noodzaak daartoe eenmaal is genomen."

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

Het ernstige gevaar behoeft zich in de optiek van de wetgever niet te manifesteren als een acute noodtoestand die door de patiënt wordt veroorzaakt, maar 'kan zich bij progressieve psychiatrische ziekten voordoen als een voortdurende achteruitgang van de patiënt, noodzakelijkerwijs (zonder ingrijpen) leidend tot de dood of ernstige invaliditeit van de betrokkene (...)'

Over dwangmiddelen en -maatregelen wordt opgemerkt:

"Artikel 38 (het huidige art. 39, R.B.) ziet uitsluitend op de acute situaties, die een in principe eenmalig ingrijpen rechtvaardigen. Dit ingrijpen is geen therapie, geen op genezing of verbetering van de stoornis op langere termijn gericht handelen, maar heeft de intentie de ernstige, plotseling optredende noodsituatie op te heffen. De keuze en dosis van het toegepaste medicament en de aard en duur van het fysieke middel zullen alleen afgestemd moeten zijn op deze opheffing. Langduriger effecten mogen langs deze weg niet worden beoogd. Overigens kunnen zich wel gevallen voordoen waarin het ingrijpen in de acute noodsituatie secundair ook een therapeutisch effect heeft." (Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 11270, nr.17, p.22).

Dit juridische onderscheid blijkt overigens in de praktijk niet altijd even helder te zijn of niet altijd scherp te worden gemaakt (rapport 6 van de Evaluatiecommissie). Een en ander wordt gecompliceerd door het feit dat dezelfde middelen (bijvoorbeeld medicatie of separatie) zowel in het kader van dwangbehandeling als in het kader van middelen en maatregelen in noodsituaties kunnen worden toegepast.

Dwangbehandeling

De Wet bopz kent één uitzondering op de hoofdregel dat bij het ontbreken van overeenstemming over het behandelingsplan of bij verzet niet mag worden behandeld, namelijk voor zover het uitvoeren van het behandelingsplan "volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiend uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden." (art. 38 lid 5 BOPZ) (rapport 6 van de Evaluatiecommissie.)

Dit criterium bevat een aantal elementen die tezamen de voorwaarden vormen waaronder dwangbehandeling juridisch gelegitimeerd is. Zo gaat het om het afwenden van ernstig gevaar. Het moet daarbij gaan om gevaar dat voortvloeit uit de stoornis van de geestvermogens. Tenslotte betreft het ernstige gevaar uitsluitend

personen - de betrokkene zelf of anderen - en niet goederen.

Enkele nadere aspecten van het gevaarscriterium bij klinische dwangbehandeling

* Gevaar binnen het ziekenhuis. Uit de parlementaire geschiedenis van het wetsontwerp BOPZ blijkt dat het criterium 'ernstig gevaar' uitsluitend van toepassing wordt geacht bij gevaarssituaties binnen de klinische setting⁴.

* Interpretatie van het criterium 'ernstig gevaar'. De auteurs van rapport 6 verdedigen dat uit de parlementaire geschiedenis van het wetsontwerp BOPZ blijkt dat de wetgever bij de interpretatie van ernstig gevaar als criterium bij dwangbehandeling heeft willen aansluiten bij het standpunt van de Commissie-Van Dijk die in 1980 in haar eindrapport over dwangbehandeling heeft opgemerkt:

"Een patiënt mag tegen zijn wil en dus zonder zijn toestemming onderzocht en behandeld worden in de volgende gevallen:

- a. wanneer de patiënt ten gevolge van zijn psychische toestand een onmiddellijk gevaar oplevert voor zijn eigen leven of dat van anderen of wanneer er ten gevolge van zijn psychische toestand onmiddellijk gevaar bestaat voor ernstige verminking van zichzelf of van anderen. (...) Voorts moet duidelijk zijn dat het gevaar slechts door behandeling na onderzoek kan worden afgewend;
- b. wanneer het noodzakelijk is de achteruitgang van de patiënt te voorkomen, als deze aan een progressieve psychische ziekte lijdt, die volgens objectieve medische maatstaven leidt tot de dood of ernstige invaliditeit en de patiënt er blijk van geeft op grond van de ernst van zijn psychopathologische toestand niet in staat te zijn de ernst van deze situatie in te zien."

Invulling van het gevaarscriterium door klachtencommissies en rechters: jurisprudentie

In rapport 6 van de BOPZ-evaluatie wordt een overzicht gegeven van de wijze waarop klachtencommissies en rechters een invulling geven aan het gevaarscriterium voor dwangbehandeling. In dit rapport wordt het standpunt van de Commissie- Van Dijk (1980, 33) inzake de interpretatie van ernstig gevaar als ijkpunt genomen, omdat de regering zich destijds aan dit standpunt heeft

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

geconformeerd (zie hiervoor).

Bij de bespreking van het criterium wordt onderscheiden tussen:

- 1 ernstig gevaar voor de patiënt zelf;
- 2 ernstig gevaar voor anderen;
- 3 ernstig gevaar voor de patiënt zelf en anderen.

ad. 1: ernstig gevaar voor de patiënt zelf

Als ernstig gevaar voor de patiënt zelf, voortvloeiend uit de geestesstoornis, worden aangemerkt⁵:

- de herhaalde weigering van voeding en vocht, waardoor de patiënt in een zorgwekkende, zo niet levensbedreigende toestand dreigt te geraken;
- gevaar voor zelfverwaarlozing, verhongering en uitdroging;
- het steeds meer uitgeput raken, waardoor op termijn het risico van hartstilstand bestaat;
- het ontstaan van een uitputtingssituatie en een euthanasiewens;
- gevaar voor dood door uitputting en ondervoeding.

Het is ook interessant om overwegingen in de jurisprudentie te bezien ten aanzien van het niet voldaan zijn aan het gevaars-situaties:

- "De rechtbank wil aannemen dat juist is de prognose van de psychiater, dat de situatie van verzoekster zonder medicatie gaandeweg achteruit zal gaan, maar het is voor de rechtbank niet duidelijk geworden dat die achteruitgang van zodanige aard is dat deze noodzakelijkerwijs leidt tot ernstige invaliditeit. Het enkele feit dat te verwachten is dat verzoekster in de toekomst in een sociaal isolement terecht zal komen en dat zij steeds meer moeite zal hebben zich in de maatschappij te handhaven".

ad. 2. ernstig gevaar voor anderen

Ernstig gevaar voor anderen voortvloeiend uit de geestesstoornis wordt in de jurisprudentie niet zo strikt opgevat dat steeds acuut levensgevaar of acuut gevaar voor blijvend letsel wordt geëist. In het algemeen wordt bedreiging van de lichamelijke integriteit van anderen voldoende geacht (rapport 6, p.60-61):

- dat hij enkele malen dermate agressief was dat hij verwondingen heeft veroorzaakt.
- bij die incidenten toonde de betrokkene zich agressief jegens derden, die die agressie hebben ervaren als pogingen tot wurgen, schoppen en slaan.
- dat klager lijdt aan ernstig onberekenbaar, impulsief en agressief gedrag naar anderen toe, en er tijdens mobilisatiepogingen bij herhaling sprake is geweest van agressieve vluchtpogingen.

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

- dat verzoekster geld probeert te lenen van medepatiënten op een wijze die als dreigend en imponerend overkomt, hetgeen voor de medepatiënten zeer belastend is, waardoor hun gezondheid in gevaar kan komen... komt de rechtbank tot de conclusie dat de wijze waarop verzoekster probeert geld los te krijgen van haar medepatiënten van een zodanige aard is dat daaruit ernstig gevaar voor medepatiënten kan ontstaan.

Een situatie waarin een rechtbank van mening was dat niet aan het criterium 'ernstig gevaar voor anderen' was voldaan, betrof die waarin een patiënt andere patiënten maande om hun medicatie te staken.

ad. 3. ernstig gevaar voor de patiënt zelf en anderen

Soms is een rechtbank of klachtencommissie van oordeel dat niet alleen sprake is van ernstig gevaar voor anderen, maar ook van ernstig gevaar voor de patiënt zelf.

Overwegingen zijn onder meer:

- het uitoefenen van een nadelige invloed op de gezondheids- toestand van medepatiënten;
- fysieke agressie jegens de verpleging en een suïcidepoging;
- ernstig homicide- en suïcidegevaar;
- dreigend/terroriserend gedrag dat agressie opwekte bij medepatiënten.

Vastgesteld kan worden dat in de BOPZ-jurisprudentie een tendens te bespeuren valt tot een ruimere interpretatie van 'ernstig gevaar' dan die van de Commissie van Dijk. Deze commissie dacht bij dwangbehandeling uitsluitend aan onmiddellijk levensgevaar voor de patiënt of anderen, aan onmiddellijk gevaar voor ernstig blijvend lichamelijk letsel (verminking) bij de patiënt of anderen en aan een geleidelijke achteruitgang van de - aan een progressieve ziekte lijdende - patiënt, uiteindelijk resulterend in de dood of ernstige invaliditeit.

Toepassing van dwangmiddelen en -maatregelen

De toepassing van middelen en maatregelen is toegestaan ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties die door de patiënt in het ziekenhuis als gevolg van de stoornis van de geestvermogens worden veroorzaakt (art. 39 lid 1). Middelen en maatregelen die mogen worden toegepast zijn: separatie, afzondering, fixatie, toediening van medicatie en toediening van vocht/voeding.

Vrijheidsbeperkende maatregelen

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

In art. 40 BOPZ worden vier vrijheidsbeperkende maatregelen onderscheiden, te weten: beperkingen in het recht op postverkeer, in het recht op het ontvangen van bezoek, in het recht op bewegingsvrijheid, en in het recht op vrij telefoonverkeer. Aan patiënten mogen uitsluitend vrijheidsbeperkende maatregelen worden opgelegd als een hulpverlener meent dat het te ontvangen bezoek, de bewegingsvrijheid en/of vrij telefoonverkeer ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt kan hebben, dit noodzakelijk is ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis of ter voorkoming van strafbare feiten.

2.3 Gescheiden beoordeling dwangopname en dwangbehandeling

In het systeem van de Nederlandse wetgeving is gekozen voor een gescheiden beoordeling van onvrijwillige opname en onvrijwillige behandeling. Dit betekent dat in juridische zin een dwangopname nog niet een dwangbehandeling legitimeert. In de Wet bopz gelden, zoals we hierboven hebben gezien, verschillende criteria. Ook een onvrijwillig opgenomen patiënt heeft daarmee het recht om behandeling te weigeren.

Wanneer een patiënt zich tegen een voorgenomen behandeling verzet, mag een dergelijke behandeling slechts plaatsvinden tegen diens wil indien dit noodzakelijk is ter afwending van ernstig gevaar, veroorzaakt door een stoornis van de geestvermogens. Niet relevant is of de patiënt al dan niet wilsbekwaam is: ook bij een wilsonbekwaam geachte patiënt die zich tegen behandeling verzet, geldt het criterium van ernstig gevaar.

Irrelevantie van de wilsbekwaamheid bij verzet van de patiënt

Opmerkelijk is dat de Wet bopz dwangbehandeling toestaat bij zowel wilsbekwame als bij wilsonbekwame patiënten die zich tegen behandeling verzetten en waarbij de behandeling noodzakelijk wordt geacht ter afwending van ernstig gevaar. Indien de patiënt zich tegen behandeling verzet, dan maakt het rechtens niet uit of er sprake is van een wilsbekwame of van een wilsonbekwame patiënt.

Implicaties voor de praktijk

De regeling met betrekking tot de zich verzettende wilsonbekwame patiënt kan in de praktijk tot serieuze ethische dilemma's en patstellingen leiden. Immers: zo lang niet aannemelijk kan

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

worden gemaakt dat de patiënt ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen oplevert, zal geen behandeling mogen plaatsvinden. Ethisch gezien is de toepassing van een restrictief gevaarscriterium bij zich verzettende wilsonbekwame patiënten niet houdbaar (een onderbouwing van dit standpunt wordt verderop gegeven). Hiermee is niet gezegd dat altijd een ruimer criterium zou moeten worden toegepast, maar afhankelijk van de specifieke omstandigheden mag toepassing van een minder stringent schadecriterium niet uitgesloten worden. Als dit wel gebeurt, dan betekent dit dat bij ernstig gestoorde, maar niet ernstig gevaarlijke patiënten die zich sthenisch en langdurig tegen behandeling verzetten (ook wanneer deze behandeling op basis van eerdere ervaringen kansrijk is) een dergelijke behandeling achterwege moet blijven. Het gevolg is dan soms dat de patiënt onder zeer beperkende omstandigheden - bijvoorbeeld langdurige separatie - moet worden verpleegd, zonder dat een op behandeling van de onderliggende stoornis gerichte interventie mag plaatsvinden.

2.4 Wils(on)bekwaamheid en dwangbehandeling

Vastgesteld kan worden dat in de Wet bopz wilsbekwaamheid weliswaar een plaats heeft gekregen, maar dat dit op weinig systematische wijze een uitwerking heeft gekregen. Zo speelt wils(on)bekwaamheid in de context van de dwang-opneming geen rol. In het kader van de behandeling impliceert een wilsonbekwaamheidsoordeel dat de psychiater een plaatsvervangende toestemming van de vertegenwoordiger van de patiënt moet vragen. Wanneer de vertegenwoordiger toestemming geeft⁶ voor behandeling, dan kan behandeling, die in het belang van de betrokken patiënt wordt geacht, plaatsvinden. Wanneer een wilsonbekwaam geachte patiënt zich echter tegen een dergelijke behandeling verzet, dan geldt het criterium 'ernstig gevaar' (zie hiervoor).

Ook moet worden vastgesteld dat de Wet bopz geen invulling geeft aan het begrip 'wilsbekwaamheid'. In de wet wordt dit begrip niet met zoveel woorden benoemd, maar wordt gesproken van 'in staat zijn om zijn wil te bepalen met betrekking tot de voorgestelde behandeling'.

Een meer coherente en ethisch beter verdedigbare benadering is die waarin de wilsbekwaamheid van de betrokkene tot uitgangspunt wordt genomen (Berghmans, 1992). In een dergelijke benadering is de rechtvaardiging van dwanginterventies gelegen in

⁶Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

het motief mensen te beschermen tegen schade die ze veroorzaken als gevolg van een verminderd vermogen om autonome beslissingen te nemen. Niet de vraag of iemand gevaar of zelfs ernstig gevaar veroorzaakt is het vertrekpunt, maar de vraag hoe het gesteld is met de keuzevrijheid van de betrokkene. Niet goed is in te zien dat we iemand wel willen (en mogen) behandelen wanneer hij als gevolg van zijn psychische toestand ernstig gevaar oplevert, maar a priori niet wanneer minder ernstige vormen van gevaar of schade dreigen, terwijl er gerechtvaardigde twijfels zijn over de redenen die iemand heeft voor zijn handelen.

Vanuit een dergelijk gezichtspunt zijn zowel de mogelijkheid van dwangbehandeling bij wilsbekwame personen als de onmogelijkheid van dwangbehandeling bij wilsonbekwame zich verzetende personen, anders dan bij dreiging van ernstig gevaar, discutabel.

De morele rechtvaardiging van dwangbehandeling

Vastgesteld werd dat in de Wet bopz behandeling tegen de wil van de patiënt uitsluitend mogelijk is bij de dreiging van ernstig gevaar voor deze zelf of voor anderen, onafhankelijk van de vraag of de betrokkene wilsbekwaam is of niet. Weliswaar bestaat er een interpretatieruimte met betrekking tot de invulling van dit criterium, maar deze wordt beperkt door de aard van het criterium. Naarmate de interpretatieruimte groter wordt gemaakt, wordt ook de kans groter dat het criterium oneigenlijk wordt 'opgerekt'. Hantering van het criterium 'ernstig gevaar' stelt dus grenzen aan de mogelijkheden van dwangbehandeling wanneer men oprekken van het criterium wil voorkomen. Bepaalde vormen van schade aan de persoon zelf of aan anderen zullen dan in redelijkheid buiten het criterium vallen.

De vraag kan worden gesteld of het criterium 'ernstig gevaar' niet te strikt is en of niet ook vormen van schade die buiten dit criterium vallen dwangbehandeling onder omstandigheden kunnen rechtvaardigen. In dit verband wordt dan wel gewezen op de onvrijheid die een psychiatrische stoornis met zich meebrengt (in het bijzonder psychotische aandoeningen) en het persoonlijke lijden dat het gevolg kan zijn van de stoornis. Het is dan van belang nader stil te staan bij het schadebeginsel en het begrip 'schade'.

Het schadebeginsel

Het begrip 'schade' is nauw verbonden met belangen van mensen. Een persoon wordt geschaad (of schaadt zichzelf) wanneer zijn

belangen worden aangetast, belemmerd of gedwarsboemd (Feinberg, 1977; 1986).

Conceptueel is het van belang met betrekking tot schade de volgende aspecten te onderscheiden:

- 1 het onderscheid tussen een brede en een smalle conceptie van schade;
- 2 het onderscheid tussen ernst van de schade en schaderisico;
- 3 het onderscheid tussen reversibele en irreversibele schade; en
- 4 het onderscheid tussen schade op korte en schade op lange termijn.

ad.1.: Een brede conceptie van schade vat de schending van enig belang van een persoon op als schade, terwijl een smalle conceptie van schade uitsluitend de schending van bepaalde, hoog gewaardeerde belangen als schade beschouwt. In een smalle schadeconceptie is veelal sprake van fysieke (en soms psychische) schade zoals pijn, gebrek en dood (Beauchamp en Childress, 1989). Een brede schadeconceptie kan uiteenlopende belangen omvatten, zoals welzijn, gezondheid, waardigheid en zelfrespect.

ad.2.: Bij schaderisico gaat het om de kans dat een bepaald onheil zal plaatsvinden; de ernst van de schade betreft de aard van de schade, en het (gewicht van het) daarmee verbonden belang dat op het spel staat. Beoordeling van het schaderisico heeft een meer technisch karakter, terwijl de beoordeling van de ernst van de schade waardeoordelen impliceert.

ad.3.: Sommige vormen van schade zijn onomkeerbaar, zoals de dood, invaliditeit of een neurochirurgische ingreep, terwijl andere omkeerbaar zijn (bijvoorbeeld sommige vormen van medicatiegebruik of het opleggen van een vrijheidsbeperkende maatregel). Daartussen bevindt zich een grijs gebied van vormen van schade waarvan het niet zeker is of ze omkeerbaar zijn, of die mogelijk slechts ten dele omkeerbaar zijn. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de schade die een manische persoon aan zijn sociale relaties of in zijn werksituatie kan aanrichten, of aan de schade die de gedwongen toediening van medicatie voor het zelfrespect van de betrokkene kan betekenen.

ad.4.: Dit laatste onderscheid betreft het tijdsaspect dat in verband met het optreden van schade aan de orde kan zijn. Sommige vormen van schade kunnen in een relatief kort tijdsbestek plaatsvinden, terwijl andere pas (mogelijk) op langere termijn zich manifesteren. Zo kan een weigering van medicatie door een psychiatrisch patiënt op korte termijn mogelijk geen schade aanrichten, terwijl op langere termijn het resultaat van een dergelijke weigering kan zijn dat de stoornis minder effectief kan

worden behandeld, of dat er hogere medicatiedoseringen nodig zijn (met eventuele schadelijke neveneffecten) om het gewenste effect (bijvoorbeeld bestrijding van psychotische verschijnselen) te bewerkstelligen. Een ander voorbeeld van schade op lange termijn is het optreden van tardieve dyskinesie als gevolg van langdurig gebruik van neuroleptica.

Met de hiervoor gemaakte onderscheidingen is aangegeven dat het schadeconcept meerdere moreel relevante dimensies heeft. De onderscheiden aspecten van schade zijn alle van betekenis voor de beantwoording van de vraag of en wanneer gedwongen interventies die gericht zijn op het voorkomen van schade, gerechtvaardigd zijn. Zo is bijvoorbeeld een interventie die is gericht op het voorkomen van relatief geringe, weinig waarschijnlijke schade, moeilijker moreel te rechtvaardigen dan een vergelijkbare interventie die beoogt ernstige, zeer waarschijnlijke schade te voorkomen.

De betekenis en beoordeling van wilsbekwaamheid

Behalve de intentie om schade te voorkomen, speelt de autonomie of zelfbeschikking van de betrokkene een rol bij de morele rechtvaardiging van dwang. Cruciaal hierbij is de wilsbekwaamheid (of: beslisvaardigheid) van de persoon in kwestie. Het morele beginsel van respect voor autonomie veronderstelt bij de betrokkene immers bepaalde vermogens tot autonoom handelen (Berghmans, 1992).

Wilsbekwaamheid in wetgeving

Mede naar aanleiding van wetgeving die beoogt de rechten van patiënten in verschillende sectoren van de gezondheidszorg te waarborgen, is er discussie over het concept 'wilsonbekwaamheid' (of incompetentie) en over de criteria aan de hand waarvan wilsonbekwaamheid in de praktijk zou kunnen worden vastgesteld. Op verschillende plaatsen in de (ontwerp)wetgeving duikt het begrip op. Zo is bijvoorbeeld in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) in art.1653u sprake van personen "die niet in staat kunnen worden geacht tot een redelijke waardering van hun belangen ter zake van de geneeskundige behandelingsovereenkomst". En in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) treft men "de patint (die) op grond van de stoornis van zijn geestvermogens niet in staat is zijn wil met betrekking tot de voorgestelde behandeling te bepalen". Ook in de Wet mentorschap ten behoeve van meerderjarigen en in het wetsvoorstel Regelen inzake medisch-

wetenschappelijk onderzoek met mensen treffen we vergelijkbare passages aan.

Essentieel is dat een oordeel over de wils(on)bekwaamheid van de patiënt plaatsvindt in het kader van het informed consent-beginsel, en het daarmee corresponderende recht van de patiënt om behandeling te weigeren. Juridisch en ethisch wordt aan de toestemming/weigering als eis gesteld dat deze afkomstig is van een wilsbekwame patiënt. Wordt de patiënt wilsonbekwaam geacht, dan dient de hulpverlener in beginsel van een vertegenwoordiger van de patiënt de noodzakelijke toestemming te verkrijgen alvorens hij tot behandelen kan overgaan.

Het is duidelijk dat bij een oordeel over zijn wilsbekwaamheid er voor de patiënt het een en ander op het spel staat. In ieder geval impliceert een negatief oordeel over zijn wilsbekwaamheid dat de patiënt niet (meer) ten volle kan deelnemen aan het overleg over zijn behandeling.

De discussie spitst zich toe op groepen van patiënten bij wie het vermogen om hun wil te uiten niet (geheel) ontbreekt, maar bij wie vraagtekens kunnen worden geplaatst bij het gewicht en de betekenis die aan hun wilsuitingen moet of mag worden toegekend. Het gaat dan vooral om psychiatrische patiënten, psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten.

Het concept: verschillende benaderingen

In veel analyses wordt wils(on)bekwaamheid opgevat als een psychologisch kenmerk van de patiënt. Een patiënt is wilsbekwaam of niet, afhankelijk van een aantal psychische vermogens waarover hij al of niet beschikt. Deze benadering kan worden betiteld als een minimaledrempelbenadering: wie boven de gestelde drempel 'scoort' is wilsbekwaam; en wie eronder blijft is wilsonbekwaam. Deze benadering vertoont overeenkomsten met een zogenaamde status- of categoriebenadering (Van Delden, 1991), waarbij bepaalde groepen met een gemeenschappelijk kenmerk (bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten of jongeren) automatisch wilsonbekwaam worden geacht. Voorstanders van een dergelijke benadering zijn van mening dat - juist omdat wils(on)bekwaamheid een persoonsgebonden kenmerk is - het noodzakelijk is dat het oordeel over de wils(on)bekwaamheid van de patiënt onafhankelijk van concrete behandelingsbeslissingen plaatsvindt (Wicclair, 1991). Naar mijn mening schiet een dergelijke benadering in ethisch-theoretisch opzicht tekort, terwijl er bovendien enkele bezwaren aan kleven die vooral nadelig zijn voor de patiënt die als wilsonbekwaam wordt beoordeeld. Als eerste theoretische bezwaar kan worden genoemd dat een

keuze voor een strikt psychologische invulling van deze notie niet onmiddellijk evident is en zelfs in zeker opzicht contra-intuïtief. Wilsbekwaamheid of competentie is immers altijd een vermogen in relatie tot een bepaalde taak. Men zegt dat iemand een competente arts is, of competent is om zelf een beslissing over een bepaalde aangelegenheid te nemen. Zo zal men een vijfjarig kind wel in staat (en bevoegd) achten om te kiezen welke smaak zijn ijsje moet hebben, maar niet om te beslissen over de aankoop van een huis.

Het tweede bezwaar tegen deze benadering betreft het ontbreken van een ethisch kader dat de noodzakelijke achtergrond vormt voor een conceptuele verheldering van het begrip wils(on)bekwaamheid (dit komt verderop terug).

Een belangrijk praktisch bezwaar van een algemeen oordeel dat de patiënt wilsonbekwaam is, vormt het gevaar dat hulpverleners daarmee een soort vrijbrief hebben om in velerlei situaties paternalistisch jegens de patiënt te handelen. Een tweede nadelig gevolg voor de patiënt is het degraderende karakter van een dergelijk oordeel en de bedreiging die ervan uitgaat voor diens zelfrespect.

Ethische conceptualisering van wilsbekwaamheid

Respect voor autonomie vooronderstelt bepaalde vermogens tot autonomie. Keuzen van een persoon die (ernstige) schade met zich meebrengen en die gebaseerd zijn op gebrekkig of ontbrekend inzicht in de situatie, een gestoorde werkelijkheidservaring of innerlijke dwang, kunnen niet zonder meer aanspraak maken op respect van anderen. Het gaat derhalve bij wilsbekwaamheid om keuzen of beslissingen op basis van redenen die goed genoeg zijn om aanspraak te kunnen maken op respect van anderen en die dus maken dat dwangtoepassing prima facie ongerechtvaardigd is (Berghmans, 1992).

Criteria voor de beoordeling van wilsbekwaamheid

In de literatuur worden verschillende criteria voor de beoordeling van wilsbekwaamheid voorgesteld (Van de Klippe, 1990; Berghmans, 1992). Beauchamp en Childress (1989, 84-85) onderscheiden een zevental criteria voor wilsonbekwaamheid:

- 1 het onvermogen om een voorkeur of een keuze uit te drukken;
- 2 het onvermogen de eigen situatie of relevante vergelijkbare situaties te begrijpen;
- 3 het onvermogen om informatie te begrijpen;
- 4 het onvermogen om een reden te geven;
- 5 het onvermogen om een rationele reden te geven (hoewel er wel

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

sprake kan zijn van ondersteunende redenen);

6 het onvermogen om met kosten en baten verband houdende redenen te geven (hoewel er wel sprake kan zijn van enige rationele redenen);

7 het onvermogen om tot een redelijk besluit te komen (zoals gemeten aan bijvoorbeeld een 'redelijke persoon'-norm).

Buchanan en Brock (1989) onderscheiden in navolging van de President's Commission (1982) drie globale maatstaven die kunnen worden opgevat als posities op een continuüm dat loopt van 'soepel' naar 'streng': 1. de minimale maatstaf; 2. de procesmaatstaf; en 3. de uitkomstmaatstaf.

De minimale maatstaf of 'expressed preference'-maatstaf (President's Commission, 1982) hanteert als exclusief criterium of iemand al dan niet een voorkeur uitdrukt. Bij deze maatstaf wordt niet de vraag gesteld op welke wijze iemand tot een voorkeur komt en evenmin wordt de voorkeur zelf geëvalueerd. Niet in staat zijn een voorkeur uit te drukken, staat dan gelijk aan wilsonbekwaamheid.

De procesmaatstaf overstijgt de minimale maatstaf in de zin dat deze wel aandacht besteedt aan het proces van besluitvorming. Niet uitsluitend het feit dat een persoon een voorkeur uitdrukt, maar tevens de wijze waarop dit gebeurt, wordt geëvalueerd. Begrip, waardering van de eigen situatie en handelen op basis van redenen vormen de elementen van een dergelijke procesmaatstaf. De derde, de uitkomstmaatstaf, refereert aan het karakter van de beslissing of uitgedrukte voorkeur zelf. Hier is niet de vraag hoe iemand tot een bepaald besluit komt, maar hoe dit besluit eruit ziet, met name in termen van de te verwachten gevolgen ervan. Criteria ter evaluatie van de 'kwaliteit' van een besluit kunnen dan zijn: de kennelijke (ir)rationaliteit ervan, de vraag of een redelijke persoon in vergelijkbare omstandigheden een dergelijk besluit zou nemen, of de vraag wat de meeste mensen in vergelijkbare omstandigheden zouden kiezen.

Bij de beoordeling van wilsbekwaamheid gaat het erom vast te stellen of iemand in staat is tot het nemen van te respecteren beslissingen en niet of hij in staat is tot het nemen van een redelijke of goede beslissing. Een manier om iets te zeggen over het aan de besluitvorming van een persoon ten grondslag liggende proces zijn de redenen die iemand als ondersteuning voor zijn beslissing geeft. De procesmaatstaf is het meest geëigend om uitspraken te doen over de vraag of iemands redenen 'goed genoeg' zijn om aanspraak te kunnen maken op respect van anderen.

De keuze van een maatstaf: gefixeerd of variabel?

Bovengenoemde overwegingen met betrekking tot het wilsbekwaamheidsconcept hebben gevolgen voor de beantwoording van de vraag naar een geschikte en verantwoorde maatstaf. De beoordeling van wilsbekwaamheid vervult een scharnierfunctie bij de rechtvaardiging van dwangtoepassing. De morele rechtvaardiging van dwang kan worden gekarakteriseerd als een 'balancing strategy' met betrekking tot de ethische beginselen van welzijn en respect voor de autonomie van personen (Buchanan en Brock, 1989). Het morele principe 'respect voor de autonomie van personen' is - behoudens enkele uitzonderingen - absoluut verplichtend in situaties waarin de besluitvorming van de betrokkene niet substantieel gestoord of beperkt is. Wanneer dit wel het geval is, wordt het morele gewicht van welzijn/voorkomen van schade groter.

Met name het schadecriterium krijgt dan bij beoordeling van wilsbekwaamheid een belangrijke betekenis. Een dergelijke 'balancing strategy' zal noodzakelijk moeten worden verdisconteerd in de wilsbekwaamheidsmaatstaf (vgl. Eastman en Hope 1988). Bedacht moet worden dat het cruciale ethische punt bij de beoordeling van wilsbekwaamheid is vast te stellen hoe 'goed' de besluitvorming moet zijn om 'goed genoeg' te zijn. En met 'goed genoeg' is dan bedoeld dat de besluitvorming zodanig is dat de keuze van de patiënt gerespecteerd dient te worden en niet op paternalistische gronden mag worden gediskwalificeerd. Het gaat immers uiteindelijk om 'keuzen die aanspraak kunnen maken op respect' (Brock, 1991, p. 106). Het gaat dan niet uitsluitend om het besluitvormingsproces, maar tevens om het resultaat daarvan en het daarmee verbonden schaderisico.

Een adequate maatstaf voor de beoordeling van wilsbekwaamheid lijkt dan ook te moeten worden gekwalificeerd als een variabele procesmaatstaf. Een dergelijke maatstaf houdt in dat het criterium varieert met de situatie en het type beslissing dat aan de orde is.

Implicaties van een variabele maatstaf

De belangrijkste implicatie van de variabele maatstaf voor de beoordeling van wilsbekwaamheid is dat het criterium dat bij deze beoordeling wordt toegepast, in belangrijke mate afhankelijk is van de gevolgen die het respecteren van de keuze van de patiënt heeft voor diens welzijn en gezondheid. Dit betekent dat naarmate de gevolgen van de keuze of beslissing voor de patiënt ernstiger zijn (schadebeginsel), de drempel voor wilsbekwaamheid hoger wordt gesteld (Brock, 1991). Dat wil zeggen dat hogere eisen worden gesteld aan diens beslisvaardigheid.

Bij de beoordeling van de gevolgen van een keuze zijn ook aspecten van de interventie van belang. Interventies kunnen immers meer of minder invasief zijn, meer of minder risico of belasting met zich meebrengen, en meer of minder doelmatig zijn. Een andere implicatie van deze benadering is dat iemand wel wilsbekwaam kan worden geacht om toestemming te geven voor een bepaalde behandeling, maar niet bekwaam om diezelfde behandeling te weigeren (en andersom), aangezien de gevolgen in termen van schade voor welzijn en gezondheid in beide gevallen kunnen verschillen.

Een voor de thematiek van drang- en dwangtoepassing belangrijke implicatie is dat ook bij (dreiging van) minder ernstige schade voor de patiënt zelf - in vergelijking met het restrictieve ernstig gevaarscriterium - een interventie tegen de wil van de betrokkene gerechtvaardigd kan zijn.

3 Ambulante dwangbehandeling

3.1 Ontwikkelingen

Ambulante dwang ligt in het verlengde van de ambulante 'bemoeizorg', die wordt gekenmerkt door een actieve en outreachende attitude van ambulante hulpverleners (Henselmans, 1993). Bij deze bemoeizorg zijn de interventiestrategieën vooral gericht op overreding, teneinde de cliënt in behandeling te krijgen of te houden. Ambulante dwangbehandeling gaat een stap verder, doordat de keuzevrijheid van de cliënt wordt ingeperkt. Hoewel ambulante toepassing van - veelal indirecte - dwang en drang altijd onderdeel heeft uitgemaakt van de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg, zijn er de afgelopen jaren met name in de VS en Australië ontwikkelingen in de richting van verdergaande institutionalisering van ambulante dwangtoepassing. Veelal wordt ambulante dwangtoepassing door voorstanders ervan gepresenteerd als een minder ingrijpend alternatief voor psychiatrische dwangopneming en institutionele dwangbehandeling. Ambulante dwangtoepassing wordt door sommigen beschouwd als een belofte voor de problemen van een belangrijke groep van chronisch psychisch gestoorde personen, veelal aangeduid als 'draaideurpatiënten' (Appelbaum, 1986). Critici daarentegen wijzen onder andere op het gevaar van een (door hen onwenselijk geachte) uitbreiding van psychiatrische macht en op de onduidelijke rechtspositie van patiënten die met ambulante dwang worden geconfronteerd⁷.

Waar gaat het bij ambulante dwangtoepassing en dwangbehandeling om? Een voorbeeld is wetgeving in de Amerikaanse staat North Carolina, waar het sinds 1983 mogelijk is patiënten op basis van een door de rechter afgegeven 'Outpatient Commitment Order' onder een ambulante dwangregime te plaatsen (Hiday en Scheid-Cook, 1991; Scheid-Cook, 1987).

Een viertal criteria wordt daarbij door de rechter getoetst; de betrokkene moet: 1. geestelijk gestoord zijn; 2. in staat zijn veilig te overleven in de gemeenschap met beschikbare supervisie van familie, vrienden of anderen; 3. behandeling nodig hebben teneinde verdere handicaps of achteruitgang, die voorspelbaar tot gevaar zouden leiden, te voorkomen; en 4. niet in staat zijn een geïnformeerde beslissing te nemen om vrijwillig een behandeling te ondergaan, dan wel mee te werken aan behandeling (Scheid-Cook, 1987).

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

De doelstelling van ambulante dwangtoepassing is veelal lange-termijnacceptatie van behandeling door de patiënt die niet in een psychiatrische instelling verblijft. Doorgaans zal het vooral ten doel hebben dat de betrokkene de nodig geachte medicatie zal blijven gebruiken. Het gaat bij ambulante dwang (zoals deze bijvoorbeeld in de VS wordt toegepast) uitdrukkelijk niet om fysieke dwangtoepassing, zoals bijvoorbeeld dwangmedicatie, maar om vormen van indirecte dwanguitoefening, in de vorm van een 'coercive offer' of 'coercive threat', waarbij een beroep wordt gedaan op de wil van de patiënt (Miller, 1988; Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1992). Hier te lande is ook het voorstel gedaan om fysieke dwangtoepassing in een ambulante setting te introduceren (De Turck en Van den Berg, 1994).

Dat het voor de patiënt een enorm verschil maakt of hij onder condities in de maatschappij kan verblijven of dat hij voor langere tijd tegen zijn wil opgesloten moet zijn, is de centrale inzet bij voorstanders van ambulante dwang (Pols, 1994). Tegenstanders ervan hebben hierbij om uiteenlopende redenen hun bedenkingen. In het volgende worden enkele nadere onderscheidingen aangebracht en argumenten voor en tegen ambulante dwangbehandeling gepresenteerd en van kanttekeningen voorzien.

3.2 Varianten van ambulante dwangtoepassing

Voor een goed begrip, en om spraakverwarring te voorkomen, is het van belang te onderscheiden tussen verschillende varianten van ambulante dwangtoepassing, namelijk (Wilk, 1988; Berghmans, 1992; 1995):

- 1 in het kader van voorwaardelijk verlof/ontslag;
- 2 als alternatief voor klinische opname; en
- 3 ter preventie van klinische opname.

Bij deze 'gestalten' van ambulante dwang, waarbij uiteenlopende intenties een rol spelen, passen verschillende ethische en juridische afwegingen.

ad. 1. Ambulante dwang in het kader van voorwaardelijk verlof/ontslag

Hoofdstuk IV van de Wet bopz regelt het verlof en ontslag van onvrijwillig opgenomen patiënten.

In art. 45 lid 1 wordt aangegeven dat verlof kan worden verleend wanneer bij een patiënt het gevaar zover is verminderd dat

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

tijdelijke terugkeer in de maatschappij verantwoord is. Verlof van meer dan 60 uur is slechts twee keer per jaar mogelijk, voor maximaal twee weken. Aan het verlof kunnen voorwaarden ten aanzien van het gedrag van de patiënt worden verbonden. Hiertoe kan behoren dat de patiënt zich onder toezicht stelt van een instelling (RIAGG, CAD, polikliniek) of van een natuurlijk persoon. Deze instelling of persoon zou de patiënt kunnen ondersteunen bij het nakomen van de andere voorwaarden, bijvoorbeeld het innemen van medicatie. Wanneer de patiënt de voorwaarden niet nakomt, kan het verlof door de geneesheer-directeur worden ingetrokken. Het verlof moet door deze worden ingetrokken als het gevaar dat de patiënt veroorzaakt dit noodzakelijk maakt en wanneer het gevaar niet ambulantly kan worden afgewend.

Art. 47 BOPZ regelt het voorwaardelijk ontslag. Dit kan door de geneesheer-directeur worden verleend indien het gevaar bij de onvrijwillig opgenomen patiënt zover is verminderd dat ontslag onder voorwaarden verantwoord, en voor de patiënt gewenst, is. Net als bij verlof kunnen de voorwaarden zijn dat de patiënt medicatie gebruikt en/of zich onder toezicht stelt van een instelling of persoon. Ook hier geldt dat het voorwaardelijk ontslag moet worden ingetrokken indien de patiënt wederom gevaar oplevert dat niet ambulantly kan worden afgewend. Ook als de patiënt zich niet aan de gestelde voorwaarden houdt, kan het ontslag worden ingetrokken.

Uit het BOPZ-evaluatie onderzoek (rapport 3 en 6) blijkt dat in de praktijk gebruik wordt gemaakt van deze regelingen. Wat betreft de invulling van de voorwaarden blijkt dat deze in de meeste gevallen betrekking hebben op het gebruik van medicatie.

ad. 2. Ambulante dwang als alternatief voor klinische dwangopname

Ambulante dwang als alternatief voor een klinische dwangopname is theoretisch denkbaar op basis van het in de Wet bopz neergelegde vereiste dat het gevaar dat wordt veroorzaakt door de geestesstoornis 'niet kan worden afgewend door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis' (het zgn. 'ultimum remedium'-karakter van de klinische dwangopname). Deze variant stond centraal in het onderzoek van De Wilde en Bijl (1993).

Deze variant is door Van Borssum Waalkes (1995) voorgesteld in de vorm van de voorwaardelijke rechterlijke machtiging. De patiënt krijgt de keuze tussen gedwongen opname en psycho-

farmacologische sociaal-psychiatrische behandeling. Kiest deze voor ambulante behandeling, en heeft deze een redelijk resultaat, dan verloopt de rechterlijke machtiging, bijvoorbeeld na 6 maanden. Lukt de ambulante behandeling in die periode niet, omdat de patiënt toch niet meewerkt of omdat anderszins de ambulante setting niet werkt, dan kan alsnog opname volgen. De toepassing van ambulante dwang als alternatief voor een klinische dwangopname in het licht van het ultimum remedium-vereiste impliceert dat voldaan is aan de wettelijke criteria voor een dergelijke dwangopname. Uit onderzoek in de VS blijkt dat ambulante dwang als alternatief daar zelden wordt toegepast. Dit heeft te maken met het feit dat op het moment dat ambulante dwang aan de orde zou kunnen komen de situatie veelal dusdanig ernstig, geëscaleerd of onhoudbaar is, dat een klinische dwangopname het enige middel is om het gevaar af te wenden (Appelbaum, 1986; Miller, 1985). Daarmee kan worden getwijfeld aan het realiteitsgehalte van de suggestie van De Turck en Van den Berg en Van Borssum Waalkes dat patiënten in een aantal gevallen zelf "de keuze" zouden kunnen maken tussen ambulante dwang of dwangopname⁸.

ad. 3. ambulante dwang ter preventie van een klinische dwangopname

Bij deze derde variant is de intentie bij ambulante dwangbehandeling om een klinische dwangopname in de (nabije) toekomst te voorkomen. Dit is de meest controversiële variant. Vastgesteld moet worden dat preventieve ambulante dwangtoepassing noodzakelijkerwijs leidt tot een verruiming van de criteria voor de toepassing van dwang (Stefan, 1987; Legemaate, 1989; Berghmans, 1992; De Turck en Van den Berg, 1994). Het gaat dan immers om dwanggrijpen in een situatie waarin (nog) niet voldaan is aan de criteria voor een klinische dwangopname, met het oog op het voorkomen van een dergelijke dwangopname. Door voorstanders wordt verdedigd dat de kloof tussen de criteria voor ambulante dwangbehandeling en voor dwangopname klein moet zijn (Miller, 1991a; De Turck en Van den Berg, 1994). In de VS komt dit tot uitdrukking in verschillende wettelijke criteria voor ambulante dwangbehandeling. In de wetgeving van North Carolina is bijvoorbeeld een van de criteria dat de cliënt behandeling nodig heeft 'teneinde verdere handicaps of achteruitgang, die voorspelbaar tot gevaar zouden leiden, te voorkomen' (Scheid-Cook, 1987; Tavolaro, 1992). En in Hawaï is het criterium dat een persoon 'die als gevolg van een ernstige geestelijke stoornis een onmiddellijk gevaar voor zichzelf of

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

anderen is geweest' behandeling nodig heeft 'teneinde terugval of achteruitgang te voorkomen die voorspelbaar ertoe zou leiden dat de betrokkene een onmiddellijk gevaar vormt' (Slobogin, 1994). Dit aspect wordt verderop nader besproken.

3.3 Ambulante dwang als 'coercive offer'

Kenmerkend voor de drie hiervoor onderscheiden vormen van ambulante dwangbehandeling is dat het steeds gaat om het aanbieden van een 'coercive offer' aan de cliënt. Deze wordt voor de 'keuze' gesteld tussen acceptatie van behandeling of onvrijwillige klinische opname. De onvrijwillige klinische opname fungeert dan als 'stok achter de deur' bij het afdwingen van cooperatie met behandeling.

3.4 Ambulante dwang in het buitenland

Ervaringen in het buitenland

Met name in de Verenigde Staten is het nodige empirische onderzoek verricht naar de praktijk en resultaten van ambulante dwangtoepassing (zie: Berghmans, 1992, p.271-272; De Turck en Van den Berg, 1994). In een kritisch reviewartikel (Swartz, Burns, Hiday, George, Swanson en Wagner, 1995) worden de belangrijkste empirische inzichten gepresenteerd. Geconcludeerd kan worden dat ambulante dwangbehandeling een positief - zij het beperkt - effect heeft op de heropnamefrequentie en de lengte van het verblijf in de klinische setting.

Klinische inzichten

Geller (1990) heeft op basis van eigen klinische ervaringen een profiel ('clinical guidelines') opgesteld van de doelgroep voor ambulante dwangbehandeling. Dit klinische profiel bestaat uit tien punten:

- 1 De patiënt moet te kennen geven belang te hechten aan leven in de gemeenschap.
- 2 Ervaringen moeten uitwijzen dat de patiënt in het verleden er niet in geslaagd is zich in de gemeenschap te handhaven.
- 3 De patiënt moet zodanig wilsbekwaam/beslisvaardig zijn dat hij de voorwaarden die verbonden zijn aan de ambulante dwangtoepassing kan begrijpen.
- 4 De patiënt moet in staat zijn om medewerking te verlenen aan het behandelplan.

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

- 5 De behandeling of behandelingen moeten bewezen hebben effect te sorteren bij juiste toepassing bij de betreffende patiënt.
- 6 De behandeling of behandelingen moeten zodanig zijn dat zij door ambulante hulpverleners/instellingen kunnen worden uitgevoerd, tegemoetkomen aan de noden van de patiënt, en noodzakelijk zijn om deze in staat te stellen zich in de gemeenschap te handhaven.
- 7 De behandeling moet zodanig zijn dat hierop toezicht kan worden gehouden door ambulante hulpverleners/instellingen.
- 8 Het ambulante hulpverleningssysteem moet bereid zijn de opgelegde behandeling aan de patiënt te leveren en moet bereid zijn te participeren in de supervisie van/het toezicht op medewerking van de kant van de patiënt.
- 9 Het klinische hulpverleningscircuit moet de ambulante hulpverlening ondersteunen bij het uitvoeren van de ambulante dwangtoepassing.
- 10 De patiënt moet geen gevaar opleveren wanneer hij medewerking verleent aan de opgelegde behandeling.

Geller meent dat op basis van deze richtlijnen de doelgroepopulatie uitsluitend kan bestaan uit patiënten met chronische psychiatrische stoornissen die als gevolg van de stoornis gevaarlijk zijn geweest voor zichzelf of anderen.

Ook andere auteurs doen aanbevelingen over dedoelgroep van ambulante dwang. Zo bijvoorbeeld Miller (1991b):

"The major population for which outpatient commitment is clinically appropriate is the group of chronically mentally ill persons with severe psychiatric disorders that result in clinical deterioration satisfying criteria for involuntary hospitalization and who respond well to medication but repeatedly discontinue their medication on discharge."

Op basis van empirisch materiaal komen Hiday en Scheid-Cook tot de vaststelling dat leden van de doelgroep worden gekenmerkt door een diagnose schizofrenie, drie of meer eerdere klinische opnames, en drie of meer vroegere episodes van gevaarlijk gedrag (Hiday en Scheid-Cook, 1989).

3.5 Argumenten voor en tegen ambulante dwangbehandeling

Argumenten voor en tegen ambulante dwangtoepassing zijn van

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

therapeutische, sociale, morele, juridische, politieke of praktische aard (Dunn, 1991; Berghmans, 1992).

Argumenten voor ambulante dwangtoepassing

1 Een belangrijk argument voor ambulante dwangtoepassing is dat daarmee terugval (en klinische opname) bij schizofrene patiënten kan worden voorkomen en dat patiënten eerder uit een klinische opname kunnen worden ontslagen. In de Amerikaanse literatuur wordt in dit verband verwezen naar het draaideurfenomeen. Met name het gebruik van langwerkende depot-neuroleptica kan terugval bij schizofrenie verminderen (Hirsch, 1986).

Een tweede aspect is in dit verband van belang. In de eerste plaats is er een groep schizofrene patiënten die niet goed op behandeling/medicatie reageert, alsmede een groep die terugvalt ondanks het gebruik van onderhoudsmedicatie. Voor deze groepen van patiënten zal ook ambulante dwangbehandeling geen positieve betekenis hebben.

In de tweede plaats is het een empirische vraag of ambulante dwang inderdaad terugval en klinische heropname voorkomt. Uit Amerikaanse literatuur blijkt dat er enige steun is voor een dergelijk effect. Het verrichte onderzoek heeft zich echter in hoofdzaak beperkt tot zogenaamde 'objectieve' variabelen, zoals de duur van opname, aantallen heropnames en medewerking aan behandeling. In het onderzoek is tot op heden weinig aandacht besteed aan de houdingen en ervaringen van de betrokken patiënten en aan kwaliteit van leven aspecten.

2 Een ander argument voor ambulante dwangbehandeling is dat dit een voor de patiënt minder beperkend alternatief is dan een onvrijwillige klinische opname. Bij dit argument kunnen de volgende kanttekeningen worden gemaakt.

In de eerste plaats kan dit argument alleen worden gehanteerd wanneer ambulante dwang en klinische dwangopneming tegelijkertijd aan de orde zijn, dat wil zeggen: in de context van ambulante dwang als alternatief voor een klinische dwangopneming. Voor beide opties gelden dan dezelfde criteria. Maar zelfs bij ambulante dwang als alternatief is niet zonder meer aanneemelijk dat ambulante dwangtoepassing altijd een voor de betrokken cliënt minder beperkend alternatief is. Hoe beperkend alternatieven zijn, is tenminste mede afhankelijk van hoe beperkend deze door de betrokkene zelf worden ervaren. Naast 'objectief' en generaliseerbaar is het begrip beperking ook subjectief en individueel. Tegenover de beperkingen die verbonden zijn met een klinische dwangopneming staan de beper-

kingen van een verblijf buiten de kliniek, zeker wanneer sprake is van een ambulante dwangregime. Niet a priori kan worden gesteld dat een leven 'buiten de muren' voor de betrokkene minder beperkend is dan opname (Geller, 1991a). In dit verband is dan ook de waarschuwing van Bachrach op zijn plaats: "(...) the determination of restrictiveness based solely on residence, or on any other single variable, is highly unsatisfactory." (Bachrach, 1980).

Dat ambulante dwang minder restrictief is dan klinische dwangopname kan illusoir blijken te zijn door de daarmee verbonden mogelijkheden om toezicht te houden op het leven van de cliënt (Miller, 1988).

- 3 Continuïteit van behandeling en het doorbreken van 'rehabilitatieve traagheid' is een derde argument voor ambulante dwangbehandeling. Door middel van ambulante dwangbehandeling zou het mogelijk zijn toezicht te houden op de leefsituatie van de cliënt en proactief te reageren op veranderingen daarin die zouden kunnen duiden op decompensatie. Door cliënten de mogelijkheid te bieden positieve ervaringen op te doen in de gemeenschap kan rehabilitatie worden bevorderd (Mulvey, Geller en Roth, 1987)

Dit argument vooronderstelt dat een therapeutische relatie die gebaseerd is op dwang en drang daadwerkelijk therapeutische veranderingen bij de cliënt met zich mee kan brengen. Tevens veronderstelt het dat ambulante dwangbehandeling meer omvat dan medicamenteuze behandeling en gebaseerd is op een meer-omvattend zorg- of behandelplan.

Aan dit argument kleven ook mogelijke bezwaren. Toezicht, zeker wanneer dit ongevraagd plaatsvindt of door de cliënt onwenselijk wordt geacht, betekent potentieel het maken van inbreuken op de privacy van de cliënt. In dit verband kan ook worden verwezen naar hetgeen in verband met het argument van het minst beperkende alternatief is opgemerkt.

- 4 De noodzaak van vroege interventie, met name bij schizofrenie, wordt soms als een argument voor ambulante dwangbehandeling gepresenteerd (Dunn, 1991; Kortmann, 1995). Sommige psychotische stoornissen tonen een verslechtering van de prognose na opeenvolgende episoden van terugval (Dunn, 1991) en recente inzichten met betrekking tot de behandeling van schizofrene patiënten onderstrepen het belang van vroege medicamenteuze behandeling van de eerste psychotische symptomen en de voortzetting van dergelijke behandeling in het

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

kader van de preventie van terugval.

- 5 Tenslotte wordt als argument voor ambulante dwangbehandeling naar voren gebracht dat dit past bij de verschuivingen die in de ggz plaatsvinden vanuit de klinische setting in de richting van de gemeenschap. Dit brengt met zich mee dat naast 'zorg op maat' en 'continuïteit van zorg' ook 'dwang op maat' en 'continuïteit van dwang' mogelijk zou moeten zijn.

Bezwaren tegen ambulante dwangtoepassing

Tegen het mogelijk maken van de toepassing van ambulante dwangbehandeling worden verschillende bezwaren aangevoerd. Deze worden hierna weergegeven en van enkele kanttekeningen voorzien.

- 1 Uitbreiding van psychiatrische macht is een eerste bezwaar tegen het mogelijk maken van ambulante dwang (Bean en Mounser, 1989; Stefan, 1987; Scheid-Cook, 1991). Dit bezwaar heeft zowel een empirische als een evaluatieve kant. De empirische claim van het argument is tweeledig: enerzijds vindt er een uitbreiding plaats van dwangtoepassing vanuit de kliniek naar de gemeenschap en anderzijds wordt door de (mogelijke) versoepeling van criteria een grotere groep mensen potentieel 'cliënt' (het 'vangnet' argument). De evaluatieve claim is dat deze uitbreiding ongewenst is: ze wordt verbonden met een negatief waardeoordeel. Zo spreekt bijvoorbeeld Stone (1985) van het spookbeeld van de 'therapeutische staat'. Dat er een verschuiving in de richting van dwangtoepassing in de gemeenschap plaatsvindt, is onmiskenbaar. Hiermee verbonden is het bezwaar dat ook in de ambulante setting de controversiële koppeling van dwang en hulpverlening plaatsvindt (Legemaate, 1989). Van een uitbreiding van psychiatrische macht en dwangtoepassing in termen van de vergroting van het 'vangnet' is sprake waar het de derde, preventieve variant van ambulante dwangbehandeling betreft. Zoals al werd aangegeven, is hierbij noodzakelijkerwijs sprake van ruimere criteria voor dwangbehandeling. Feitelijk leidt dit dus tot een ruimer vangnet en dus tot meer dwang. Voor tegenstanders van een dergelijke verruiming is dit niet aanvaardbaar. Maar ook wanneer een dergelijke verruiming aanvaardbaar wordt geacht, is nog kritiek mogelijk op de criteria zelf. Deze wordt nu besproken. De kritiek betreft met name het criterium 'onvermijdelijke achteruitgang die voorspelbaar tot gevaar zal leiden'. Is het

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

mogelijk in voldoende mate aannemelijk te maken dat aan dit criterium wordt voldaan? Het vermogen van psychiaters om gevaar te voorspellen is discutabel (Pols, 1984a,b; Hoogduin, 1989; Van Marle, 1992; Brody, 1990). Niettemin worden psychiaters in verschillende contexten geacht uitspraken over toekomstig gevaar te doen (onder andere in de context van de Wet bopz en die van de tbs). Tenzij men categorisch de legitimiteit van iedere toekomstvoorspelling van psychiaters van de hand wijst, is er op zichzelf geen principieel argument tegen inschattingen van psychiaters van het genoemde criterium voor ambulante dwangbehandeling. Het gevaar van fout-positieve voorspellingen is ook hier aanwezig en onvermijdelijk. Het verminderen van dit risico is mogelijk door bij de inschatting van het criterium te vereisen dat vroegere ervaringen (achteruitgang, gevaarssituaties, klinische dwangopname) gedocumenteerd een rol spelen (Miller, 1988).

De evaluatieve claim impliceert zoals werd aangegeven een negatief waardeoordeel over de wenselijkheid/aanvaardbaarheid van ambulante dwangbehandeling/uitbreiding van dwangtoepassing in de ggz. Een dergelijk principieel negatief oordeel spreekt echter niet voor zich, maar is mede afhankelijk van het antwoord op de volgende vragen:

- wat is het probleem waarvoor ambulante dwangbehandeling een oplossing beoogt te zijn?
- kan ambulante dwangbehandeling worden gerechtvaardigd op basis van een afweging van in het geding zijnde morele waarden en principes?

Beide vragen komen verderop aan de orde.

- 2 Ondernijning van het recht om behandeling te weigeren. Van verschillende kanten wordt als bezwaar tegen ambulante dwangbehandeling aangevoerd dat dit het recht van de patiënt om behandeling te weigeren ondermijnt (Legemaate, 1989; Tavolaro, 1992). In de Wet bopz is sprake van een geclausuleerd recht van de patiënt om behandeling te weigeren. Dwangbehandeling in de klinische context is juridisch aanvaardbaar indien volstrekt noodzakelijk ter afwending van ernstig gevaar voor de patiënt zelf of anderen dat voortvloeit uit diens geestesstoornis. Hoewel er dus niet sprake is van een ongeclausuleerd recht van de patiënt om behandeling te weigeren, kan wel worden vastgesteld dat bij ambulante dwangbehandeling sprake kan zijn van het opleggen van een behandeling, terwijl een minder stringent criterium dan ernstig gevaar wordt gehanteerd. Dit aspect komt verderop terug bij de bespreking van de

implicaties die een regeling van ambulante dwangbehandeling heeft voor de juridische vormgeving van dwangbehandeling in de klinische context in de Wet bopz.

- 3 De calculerende burger. Legemaate (1995) wijst op de inherente problemen die zich kunnen voordoen wanneer weigerachtige psychotische patiënten voor een keuze worden gesteld, bijvoorbeeld tussen ambulante behandeling en gedwongen klinische opname.

"Is het reëel aan te nemen dat deze patiënt een calculerende burger zal worden die op basis van een afweging van argumenten kiest voor ambulante behandeling in plaats van opname (...) is het met het oog op mogelijke problemen bij de wilsbepaling ten gevolge van het ziektebeeld überhaupt reëel om te spreken van een keuze?" (Legemaate, 1995, p. 73)

Vraagtekens worden gesteld bij de praktische werkbaarheid van ambulante dwang. Is ambulante dwangbehandeling wel een doelmatig instrument om te bereiken wat men beoogt?

- 4 Het 'easy way out' argument. Gewaarschuwd wordt voor de mogelijkheid dat ambulante dwangbehandeling hulpverleners in de verleiding kan brengen om bijvoorbeeld bij als 'lastig' of 'hopeloos' ervaren cliënten de voorkeur te geven aan dwang boven het soms moeizame en tijdrovende proces van onderhandelen over de inhoud van een behandelingsplan (Legemaate, 1989).

In de discussie over ambulante dwangbehandeling in Engeland is met name gewezen op het gevaar dat ambulante dwangbehandeling het risico met zich meebrengt dat de noodzakelijke versterking van ambulante ggz-voorzieningen achterwege blijft (Eastman, 1995).

3.6 Afdwingbaarheid van ambulante dwangbehandeling

Een belangrijk praktisch probleem bij de toepassing van ambulante dwang betreft de afdwingbaarheid ervan. Dit speelt met name bij de preventievariant. Zo voorziet bijvoorbeeld wetgeving in de VS over het algemeen niet in sancties die kunnen volgen op het 'overtreden' van de voorwaarden die bij ambulante dwang aan de betrokkene worden opgelegd (Appelbaum, 1986). Bij preventieve ambulante dwang gelden ruimere (gevaars)criteria dan bij klinische dwangopname. Dit betekent dat wanneer de

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

betrokkene niet (meer) meewerkt aan de ambulante dwangbehandeling, er (nog) geen sprake van hoeft te zijn dat deze dan voldoet aan de voorwaarden voor een klinische dwangopneming. Een dwangopneming als sanctie voor non-compliance is daarmee problematisch. Om de kloof tussen de criteria voor ambulante dwang en voor klinische dwangopneming zo klein mogelijk te maken, is in een aantal staten in de VS bij ambulante dwang gekozen voor het criterium 'achteruitgang, die voorspelbaar tot gevaar zou leiden' (Scheid-Cook, 1991). Dit is ook het criterium dat De Turck en Van den Berg (1994) als uitgangspunt nemen. Naarmate echter de kloof tussen de criteria voor ambulante en klinische dwang groter wordt, zal het probleem van de afdwingbaarheid toenemen, doordat een dwangopneming niet als 'stok achter de deur' kan worden gepresenteerd. Ook wanneer deze kloof gering is blijft het een ethisch probleem in hoeverre de dreiging van een dwangopneming aan de cliënt mag worden voorgehouden als 'sanctie' op het zich niet conformeren aan (be)handelingsvoorschriften. Zoals Pols (1994) heeft opgemerkt, is hier een element van chantage in het geding.

3.7 De morele rechtvaardiging van ambulante dwang

Zoals al werd aangegeven, is een principieel bezwaar tegen ambulante dwangbehandeling dat het een uitbreiding van psychiatrische macht impliceert, die als zodanig ongewenst of onaanvaardbaar is. Dit werpt de vraag op naar de morele rechtvaardiging van ambulante dwangbehandeling (Buchanan en Brock, 1989; Berghmans, 1992). Deze morele rechtvaardiging moet worden geplaatst in het licht van een ethische theorie inzake paternalisme. Op deze plaats is het niet mogelijk een dergelijke ethische theorie in detail te bespreken (zie daarvoor Childress (1982), Buchanan en Brock (1989) en Berghmans (1992)). Vermeld kan worden dat een ethische paternalismetheorie interventies in situaties waarin (nog) geen sprake is van een dreiging van ernstige schade of gevaar niet uitsluit. Binnen de afweging van de morele principes van weldoen en respect voor autonomie hebben de volgende aspecten morele relevantie: het risico en de ernst van de dreigende schade voor de betrokkene zelf, het type interventie en het besluitvormingsvermogen van de betrokkene. In onderlinge samenhang kan dit betekenen dat ook bij dreiging van minder ernstige schade een ambulante psychiatrische dwanginterventie moreel gerechtvaardigd kan zijn.

3.8 Implicaties van ambulante dwangbehandeling voor de Wet bopz

Wanneer gekozen wordt voor de mogelijkheid om ambulante dwangbehandeling in de preventieve variant mogelijk te maken, dan heeft dit implicaties voor de criteria voor klinische dwangbehandeling (uitgaande van de vooronderstelling dat bij ambulante dwangbehandeling inderdaad sprake is van dwangbehandeling en niet van drangtoepassing).

Het criterium voor ambulante dwangbehandeling is hetzelfde of ruimer dan het gevaarscriterium voor dwangopneming en ruimer dan het criterium voor dwangbehandeling (ernstig gevaar).

Onvrijwillig opgenomen patiënten hebben op basis van de BOPZ het recht om behandeling te weigeren. Alleen bij ernstig gevaar kan dwangbehandeling plaatsvinden. Bij ambulante dwangbehandeling kan een behandeling worden opgelegd terwijl (nog) geen of niet meer sprake is van ernstig gevaar voor de betrokkene zelf of anderen.

Om redenen van consistentie en rechtsgelijkheid lijkt het dan ook noodzakelijk dat het mogelijk maken van ambulante dwangbehandeling een verruiming van de mogelijkheden voor klinische dwangbehandeling met zich mee moet brengen.

3.9 Enkele onopgehelderde kwesties

In verband met ambulante dwangbehandeling is een aantal kwesties nog niet of onvoldoende opgehelderd.

1 Zoals al is aangegeven, mag ambulante dwangbehandeling niet worden gezien als een panacee voor allerlei problemen in het ggz-veld. Hiermee verband houdt de vraag naar de doelgroep(en) voor ambulante dwangbehandeling. Het is van belang de doelgroep(en) zo duidelijk mogelijk te omschrijven (Mulvey, Geller en Roth, 1987; Royal College of Psychiatrists, 1987). In de buitenlandse literatuur wordt de doelgroep vaak globaal omschreven⁹. Uit empirisch onderzoek in de VS blijkt dat patiënten doorgaans een diagnose schizofrenie hadden, drie of meer eerdere klinische opnames in hun voorgeschiedenis, en drie of meer eerdere episoden van gevaarlijk gedrag (Hiday en Scheid-Cook, 1989).

- 2 Een tweede aspect betreft de werkbaarheid van ambulante dwang. Zullen degenen die een 'aanbod' voor ambulante dwangbehandeling krijgen daadwerkelijk als calculerende burger kiezen voor het gewenste minst kwade van twee kwaden? Of is de aannahme achter ambulante dwangbehandeling te veel gebaseerd op een rationeel afwegingsproces dat niet past bij de situatie van psychiatrische patiënten voor wie behandeling noodzakelijk wordt geacht?
- 3 Een andere open vraag betreft de juridische vormgeving alsmede de implicaties van ambulante dwangbehandeling voor andere elementen van de Wet bopz, met name de bepalingen inzake klinische dwangbehandeling. Welke criteria moeten worden toegepast bij ambulante dwangbehandeling? En bij het ontbreken van sancties, anders dan gedwongen klinische opname, is de vraag of een dergelijke opname realiseerbaar is, omdat dan de BOPZ-criteria voor dwangopneming van toepassing zijn.

3.10 Conclusie

Vanuit ethisch gezichtspunt is er enige ruimte voor de toepassing van ambulante dwangbehandeling (zie Berghmans, 1992; Buchanan en Brock, 1989). Er zijn geen dwingende ethische argumenten om dwangbehandeling te beperken tot het exclusieve domein van de klinische setting, noch om categorisch vast te houden aan een restrictief geïnterpreteerd gevaarscriterium. Niettemin zijn er juridische, maatschappelijke en praktische bezwaren tegen ambulante dwangbehandeling en zijn verschillende vragen vooralsnog onvoldoende opgehelderd.

4 Zelfbinding in de ggz

4.1 De gedachte

Theoretisch houdt zelfbinding in dat een persoon zich voor de toekomst wil binden aan aanwijzingen die hij daartoe vooraf aan anderen heeft gegeven (Berghmans, 1992). Doorgaans zal het daarbij gaan om aanwijzingen betreffende handelingen die in de toekomst in een omschreven situatie moeten plaatsvinden, maar waarvan de betrokkene verwacht dat hij ze, eenmaal in die situatie gekomen, zelf niet wenselijk acht of van de hand wijst.

In de context van de ggz kan zelfbinding inhouden dat een persoon, rekening houdend met de mogelijkheid dat in de toekomst zich opnieuw psychische problemen zullen voordoen, gerichte aanwijzingen geeft over hoe dan jegens hem moet worden gehandeld (Berghmans, 1992, 1994). Door uitdrukking te geven aan zijn wensen voor situaties waarin hij psychisch ontregeld kan raken, kan een persoon trachten meer greep te krijgen op hoe er in dergelijke situaties wordt gereageerd door zijn omgeving en professionele werkers in de (geestelijke) gezondheidszorg. Daarmee beoogt de betrokkene dat tijdig zorg op maat plaatsvindt en dat wordt voorkomen dat zijn situatie verder verslechtert waardoor uiteindelijk een dwangopneming mogelijk noodzakelijk wordt.

Zelfbinding zoals deze momenteel in de ggz ter discussie staat, houdt in dat een psychiatrische patiënt de gelegenheid krijgt om zijn wensen met betrekking tot toekomstige interventies kenbaar te maken en schriftelijk in een verklaring te laten vastleggen en dat anderen daardoor een inspanningsverplichting op zich nemen om overeenkomstig de vastgelegde wensen te handelen.

Achtergrond van het voorstel om zelfbinding in de ggz te introduceren, is de wens om cliënten meer inspraak bij en zeggenschap over (de inhoud van) psychiatrische begeleiding en behandeling te geven (Hunsche, 1994a,b; 1996). Oogmerk is te voorzien in de mogelijkheid om tijdig adequate hulp te krijgen, ook in situaties waarin de cliënt het hulpaanbod niet wenselijk of noodzakelijk acht of zich daartegen verzet. Met name dit laatste maakt dat door zelfbinding de mogelijkheden voor toepassing van dwang worden verruimd ten opzichte van de vigerende wettelijke regeling in de Wet bopz. Afhankelijk van de formulering van de zelfbindingsverklaring is het immers denkbaar dat dwang wordt toegepast waarin (nog) geen sprake is van gevaar of ernstig gevaar (Berghmans, 1992; 1994).

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

Hierna wordt allereerst de gedachte van zelfbinding gesitueerd in het kader van ontwikkelingen rond het gebruik van schriftelijke wilsverklaringen in de gezondheidszorg. Vervolgens worden de argumenten voor en tegen zelfbinding besproken. Daarna worden de mogelijkheden en beperkingen van zelfbinding in de ggz geïnterpreteerd en van commentaar voorzien¹⁰. Aandacht wordt tenslotte besteed aan buitenlandse ontwikkelingen rond en ervaringen met zelfbinding.

4.2 Wilsverklaringen

Het gebruik van schriftelijke wilsverklaringen in de gezondheidszorg staat reeds geruime tijd in de belangstelling (Van Veen, 1993). Artsen worden in toenemende mate geconfronteerd met wilsonbekwame patiënten die - toen zij nog wilsbekwaam waren - een wilsverklaring hebben opgesteld (KNMG-Consult, 1994). De gedachte achter dergelijke wilsverklaringen is dat daarmee de mogelijkheid van een soort 'verlengde autonomie/zelfbeschikking' of 'prospectieve autonomie' wordt gecreëerd: de ontbrekende zelfbeschikking van de wilsonbekwame patiënt wordt als het ware gecompenseerd door de instructies die de betrokkene vroeger in de verklaring heeft vastgelegd.

Negatieve wilsverklaringen, dat wil zeggen verklaringen waarin wordt aangegeven dat onder bepaalde omstandigheden (voortzetting van) medische behandeling niet gewenst wordt, ontleen hun juridische status aan de WGBO. Zij dienen door de hulpverlener te worden gerespecteerd, tenzij deze gegronde redenen heeft om van de vastgelegde wensen van de patiënt af te wijken. Zogenaamde positieve wilsverklaringen - verklaringen waarin om bepaalde behandeling(en) of om actieve levensbeëindiging wordt gevraagd - zijn niet wettelijk geregeld.

Zelfbindingsverklaringen binnen de ggz behoren, voor zover ze aanwijzingen bevatten inzake de wenselijkheid van opname en/of behandeling (en er dus om interventie wordt gevraagd in plaats van dat wordt verzocht om van interventie af te zien), tot de categorie van positieve wilsverklaringen.

4.3 Mogelijkheden en beperkingen

Zelfbinding brengt een aantal mogelijkheden en beperkingen met zich mee. In het verlengde van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt is zelfbinding voor deze een mogelijkheid om een actieve inbreng te hebben in de begeleiding en behandeling die in een situatie van psychische ontregeling plaatsvindt. Centraal daarbij staat dat de cliënt op basis van vroegere ervaringen met crises en hulpverlening vorm tracht te geven aan de door hem wenselijk geachte reactie van anderen op toekomstige crisissituaties.

Beperkingen zijn onder meer dat dergelijke wilsverklaringen een aantal zaken vooronderstellen, onder meer dat de betrokkene een zekere mate van inzicht heeft in de eigen situatie en problematiek, en dat er sprake is van een sociaal netwerk rondom hem of haar (zie verderop). Een belangrijke beperking die samenhangt met de actuele wettelijke context is dat zelfbindingsverklaringen momenteel juridisch geen betekenis hebben. Onvrijwillige opname of behandeling kan alleen plaatsvinden op basis van de vigerende BOPZ-criteria en juridisch is een eenmaal gegeven toestemming altijd herroepbaar (Van Ginneken, 1995).

4.4 Problemen

In de discussie over zelfbindingsverklaringen in de ggz wordt een aantal bezwaren tegen en problemen in verband met de toepassing in de praktijk naar voren gebracht. Deze worden nu besproken.

Het juridische bezwaar

Van meet af aan is tegen zelfbinding als bezwaar ingebracht dat er juridisch geen ruimte bestaat voor het gebruik van zelfbindingsverklaringen (Van Ginneken, 1995). Hierbij moet worden aangetekend dat het juridische bezwaar niet principieel is, maar doorgaans het karakter heeft van een wijzen op het ontbreken van een juridische status van dergelijke verklaringen (Berghmans en Legemaate, 1996). De uiteindelijke vraag met betrekking tot zelfbinding in de ggz is dan niet of in het huidige rechtssysteem ruimte bestaat voor zelfbinding, maar of het wenselijk is dat deze juridische ruimte wordt gecreëerd¹¹.

Het juridische bezwaar wordt ook in het kader van de BOPZ-evaluatie naar voren gebracht:

"In het onderzoek blijken zelfbindingscontracten veel minder weerklank te vinden, zowel bij rechters als psychiaters. Zij

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

vinden dat naast mogelijk machtsmisbruik en oncontroleerbaarheid van behandelaars, juridische obstakels de invoering van zelfbindingscontracten in de weg staan."

(BOPZ-evaluatie, rapport 2, p.105) en:

"...invoering hiervan (heeft) grote juridische consequenties, die verder strekken dan de Wet bopz." (BOPZ-evaluatie, rapport 2, p.106.)

Een nadere invulling van het juridisch bezwaar wordt verwoord door rechters en psychiaters die zijn geïnterviewd (BOPZ-evaluatie, rapport 10, p.57). Zo meent een rechter dat een zelfbindingscontract 'een braaf idee' is, maar gedoemd tot mislukken omdat het principieel juridisch onmogelijk is. "Het basisprincipe van het recht dat je iedere overeenkomst kunt herroepen, wordt geschonden."

Vastgesteld kan echter worden dat een aantal gerenommeerde gezondheidsjuristen een dergelijke principieel-jurische blokkade niet ziet, en ook suggesties doet voor een mogelijke juridische vormgeving.

Zo stelt bijvoorbeeld Roscam Abbing in haar oratie (1994):

"Duidelijkheid over de juridische geldigheid van anticiperende beslissingen is (...) van groot belang voor patiënten die afwisselend perioden van bekwaamheid en onbekwaamheid kennen. Het betreft onder andere chronisch schizofrenen, manisch of psychotisch depressieven enz. Dan kan een anticiperende verklaring bij weigering van medicatie een oplossing zijn. Juridisch geldige beslissingen tijdens heldere perioden door mensen die lijden onder psychotische beelden, zijn meer geëigende middelen om marginalisering van deze groep tegen te gaan dan een rechterlijke machtiging."

Legemaate¹² is van mening dat een zelfbeschikkingsverklaring niet juridisch onmogelijk hoeft te blijven:

"Je zou dan kunnen regelen dat er relevantie wordt gehecht aan zo'n wilsverklaring, wanneer die voldoende duidelijk is. Voor situaties als waar het bij zelfbinding om gaat zou je die barrière in de wet kunnen wegnemen. De mogelijkheid van een positieve wilsverklaring is niet in de wet opgenomen vanwege het debat rond euthanasie. Maar die problematiek zou je er dan uit kunnen nemen."

En Van Wijmen (1996, 31) stelt:

"Een zelfbindingscontract behoeft als inbreuk op de integriteit ingevolge artikel 11 van de Grondwet een wettelijke grondslag. Dat betekent dat de wet een schriftelijke verklaring mogelijk zou moeten maken - ik denk aan een parallel met de

al in de WGBO (artikel 7:450, derde lid, BW) vastgelegde non-reanimatieverklaring - waarin het de hulpverlener wordt gepermitteerd weerstand van de patiënt tegen een vantevoren bepaalde handeling te negeren."

Het misbruikargument

In de discussie over zelfbinding alsmede in de BOPZ-evaluatie is het argument naar voren gebracht dat het gevaar van oneigenlijk gebruik en misbruik van zelfbindingsverklaringen op de loer ligt. Welke vormen van oneigenlijk gebruik/misbruik zijn denkbaar en welke zijn de mogelijkheden om dergelijk misbruik te voorkomen?

In de discussie wordt gewezen op het gevaar dat niet de betrokken cliënt zelf, maar anderen het opstellen van een zelfbindingsverklaring wenselijk achten en de cliënt meer of minder sterk onder druk zetten om een verklaring op te stellen. Zowel hulpverleners als personen in het sociale netwerk van de cliënt kunnen er vanuit hun perspectief belang bij hebben dat een zelfbindingsverklaring wordt opgesteld. Zo zou een hulpverlener bijvoorbeeld een cliënt onder druk kunnen zetten om een verklaring op te stellen door toekomstige hulpverlening daarvan afhankelijk te maken. En naatsen zouden vanuit op zichzelf begrijpelijke en goede intenties de cliënt kunnen bewegen om een zelfbindingsverklaring te ondertekenen.

Het is duidelijk dat de basis voor zelfbinding is gelegen in de vrijwillige keuze van de cliënt en dat vormen van oneigenlijke beïnvloeding hier niet bij passen. Omdat dergelijke beïnvloeding in de praktijk niet ondenkbaar is, is het noodzakelijk procedurele voorwaarden te creëren die oneigenlijk gebruik en misbruik kunnen tegengaan.

(Procedurele) waarborgen tegen oneigenlijk gebruik

Om oneigenlijk gebruik en misbruik tegen te gaan, zijn van verschillende kanten voorwaarden geformuleerd waaraan het gebruik van zelfbindingsverklaringen moet voldoen. Zo noemen Berghmans (1992; 1994) en Stichting Pandora (1996) een aantal voorwaarden en overwegingen:

- 1 Er moet sprake zijn van een specifieke psychische stoornis die verantwoordelijk is voor periodieke ontregeling, die gepaard gaat met psychotische ervaringen, en die in beginsel behandelbaar is.
- 2 Ten tijde van het opstellen van de verklaring moet de betrokkene wilsbekwaam zijn en in redelijke mate vrij zijn van psychiatrische symptomen.

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

- 3 De verklaring mag niet onder invloed van drang, manipulatie of dwang, maar moet op basis van vrijwilligheid tot stand komen. Het is wenselijk dat bij het opstellen van de verklaring een of meer vertrouwenspersonen van de cliënt betrokken zijn.
- 4 De psychiater met wie de betrokkene een verklaring opstelt, moet diens vertrouwen hebben en goed op de hoogte zijn van de unieke aspecten van diens situatie.
- 5 Het is van belang dat de cliënt er voor zorg draagt dat een aantal relevante personen in zijn omgeving op de hoogte wordt gesteld van het bestaan en de inhoud van de verklaring. Te denken valt aan familie en vrienden, die al dan niet tevens als vertrouwenspersoon optreden, de huisarts, RIAGG of klinisch werkzame hulpverleners.
- 6 De verklaring dient de specifieke voorwaarden te bevatten waaronder de afspraken in werking treden.
- 7 In de verklaring moet worden omschreven welke vormen van begeleiding en behandeling ook tegen de wil van de cliënt mogen plaatsvinden. Als algemene regel moet worden gehanteerd dat slechts behandelings- en begeleidingsvormen in de verklaring kunnen worden opgenomen waarvan op basis van eerdere ervaring is gebleken dat de betrokkene er baat bij kan/zal hebben.
- 8 De verklaring moet regelmatig worden geëvalueerd. Dit moet tenminste gebeuren na iedere toepassing van de in de verklaring neergelegde wensen en afspraken. Maar ook indien de verklaring als het ware een sluimerend bestaan leidt, is het aan te bevelen dat regelmatig, bijvoorbeeld jaarlijks, samen met de hulpverlener(s) en de vertrouwensperso(n)en een evaluatie en mogelijke actualisatie plaatsvindt.
- 9 Het is aan te bevelen de effectuering van de zelfbindingsverklaring aan een termijn te binden. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de verklaring haar geldigheid verliest wanneer de cliënt drie weken na de feitelijke effectuering ervan zich nog steeds tegen opname en/of behandeling verzet.
- 10 Het is gewenst dat van de uitvoering van een verklaring minimaal melding wordt gemaakt door de betrokken hulpverlener en instelling. Gedacht kan daarbij worden aan een meldingsplicht bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg, conform de in de Wet bopz opgenomen bepalingen inzake dwangbehandeling.

Door de Stichting PVP (1996) zijn de volgende voorwaarden voorgesteld:

- mede-ondertekening door enkele onafhankelijke getuigen ten

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

- bewijs dat de verklaring in volle bewustzijn en niet onder druk door de patiënt is ondertekend;
- aanwijzing in de verklaring van vertegenwoordigers die kunnen toezien op de naleving ervan wanneer dat aan de orde is;
 - wanneer overwogen wordt een verklaring daadwerkelijk te effectueren, dient automatische voorafgaande rechterlijke toetsing te zijn vereist.

Tenslotte lijkt het aan te bevelen de cliënt met betrekking tot de effectivering van een zelfbindingsverklaring het klachtrecht (zoals geregeld in de Wet bopz te geven. Dit betekent dan dat de cliënt recht heeft om te klagen over opgelegde beperkingen of interventies in het kader van de zelfbindingsverklaring.

Inschattingsproblemen

In de BOPZ-evaluatie komt ook het argument naar voren dat zelfbindingsverklaringen 'inschattingsproblemen' met zich mee brengen.

"Ook ontstaan er volgens psychiaters inschattingsproblemen en worden artsen afhankelijker van familieleden als deze tegenover weigerachtige patiënten verwijzen naar het zelfbindingscontract." (BOPZ-evaluatie, rapport 10, p.57)

De vraag is of dergelijke inschattingsproblemen wezenlijk anders zijn dan de inschattingsproblemen die zich normaliter in de ggz voordoen, bijvoorbeeld waar het gaat om de beoordeling van de BOPZ-criteria bij onvrijwillige opneming of behandeling.

In de literatuur wordt het aspect van de onzekerheden die verbonden zijn met de inschatting van zelfbindingsverklaringen als argument tegen zelfbinding onder meer ingebracht door Dresser (1984) en Radden (1988). Hierbij kunnen vier aspecten worden onderscheiden (Berghmans, 1994):

- 1 de beoordeling van de wilsbekwaamheid van de cliënt;
- 2 de onzekerheden die verbonden zijn met psychiatrische diagnostiek;
- 3 de onzekerheid van toekomstvoorspellingen; en
- 4 de waardering van het verzet van de cliënt.

ad. 1: de beoordeling van de wilsbekwaamheid van de cliënt

Critici van zelfbinding in de ggz wijzen op de noodzaak (en moeilijkheid) te beoordelen wanneer er sprake is van een verminderd vermogen bij de cliënt om keuzes te maken. Vooronderstelling is dan dat een zelfbindingsverklaring slechts ten uitvoer kan worden gebracht wanneer onder meer sprake is van verminderde wilsbekwaamheid of wilsonbekwaamheid bij de cli-

nt. Omdat de beoordeling van wilsbekwaamheid in de praktijk moeilijk is, zo is de redenering, is zelfbinding in de ggz ontvankelijk voor vergissingen en misbruik.

Het is echter de vraag of een beoordeling van de wilsbekwaamheid van de cliënt vereist is bij de 'executie' van een zelfbindingsverklaring. In een zelfbindingsverklaring geeft de cliënt zelf aan in welke omstandigheden hij vindt dat zijn wensen richtinggevend moeten zijn voor het handelen van anderen. Daarbij zal tenminste impliciet en wellicht ook expliciet door de cliënt worden verwoord dat hij van mening is dat hij in de genoemde omstandigheden verminderd wilsbekwaam of -onbekwaam is. Indien in de verklaring in gedragstermen voldoende duidelijk is omschreven welke situatie(s) de betrokkene op het oog heeft, is het niet nodig dat anderen een oordeel vellen over diens wilsbekwaamheid, maar kan worden volstaan met de beoordeling van de concrete gedragingen.

ad. 2: de onzekerheden die verbonden zijn met psychiatrische diagnostiek

Een van de vooronderstellingen bij zelfbinding in de ggz is dat psychiaters in staat zijn te differentiëren tussen rationele handelingen van een individu enerzijds en irrationele handelingen die verband houden met ziekte anderzijds. Door critici worden hierbij kanttekeningen gemaakt. Zo wordt bijvoorbeeld gesteld dat het heel moeilijk kan zijn voor een beoordelaar/psychiater om uit te maken of het excessief uitgeven van geld verband houdt met een psychische stoornis, danwel gewoon 'onwijs' is. Ook hier liggen dan weer vergissingen en mogelijk misbruik op de loer. Tegenover dit argument kunnen de volgende overwegingen worden geplaatst:

- a patiënten die om zelfbinding vragen presenteren zich niet voor het eerst bij de psychiater; zij hebben een meer of minder extensieve psychiatrische voorgeschiedenis van diagnostiek en behandeling achter de rug;
- b bij zelfbinding is niet primair de vraag naar de juiste diagnose aan de orde, maar het feit dat patiënt en behandelaar tot een gemeenschappelijke definitie willen komen van een door de patiënt als probleem ervaren situatie of toestand;
- c de diagnostiek vindt niet in een gedwongen kader met een niet-coöperatieve patiënt plaats, maar in een context van vrijwilligheid en coöperatie. Uit onderzoek (Kaasenbrood 1989) is gebleken dat onvrijwillige diagnostiek onbetrouwbaarder is dan diagnostiek die in een context van vrijwilligheid en coöperatie plaatsvindt.

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

Het bezwaar dat het zeer moeilijk is om uit te maken of het excessief uitgeven van geld verband houdt met een psychische stoornis, dan wel gewoon 'onwijs' is, verwijst dan met name naar situaties waarin een hulpverlener te maken heeft met een hem onbekende persoon. Als echter een persoon met een recidiverende manisch-depressieve psychose van plan is een dure auto aan te schaffen, en het is bekend dat hij dat altijd al deed wanneer hij in het verleden ontremd raakte, dan heeft dit bezwaar minder gewicht.

ad. 3: de onzekerheid van toekomstvoorspellingen

De gedachte achter het opstellen van een zelfbindingsverklaring is te waarborgen dat tijdig adequate hulpverlening plaatsvindt en dat (verdere) schade aan de cliënt zelf en/of anderen zodoende wordt voorkomen.

Door critici wordt onder andere gewezen op empirisch onderzoek waaruit blijkt dat met name psychiaters slecht toegerust zijn om gevaar te voorspellen en om schadelijke gebeurtenissen met een relatief lage statistische prevalentie accuraat vast te stellen. Een voorbeeld betreft de kans dat iemand in de toekomst als gevolg van recidiverende psychotische episoden zijn baan verliest. Of iemand in dergelijke omstandigheden daadwerkelijk zijn baan zal verliezen kan - zo wordt door critici gesteld - te maken hebben met zulke uiteenlopende factoren als de houding van de werkgever of het type baan dat de betrokkene heeft. Uiteraard kan de psychiater niet alle variabelen overzien, laat staan calculeren, die uiteindelijk bepalen of een bepaalde schadelijke gebeurtenis daadwerkelijk zal plaatsvinden. Als gevolg daarvan zouden psychiaters wel eens zelfbindingsverklaringen kunnen toepassen in situaties waarin de cliënt de verwachte schade niet zou hebben geleden indien deze in vrijheid zou zijn gebleven (Dresser 1984).

Hiermee wordt zowel te veel als te weinig geclaimd. Te veel, omdat wordt gesuggereerd dat zelfbinding een panacee zou zijn voor alle mogelijke schade en ellende die iemand potentieel kan overkomen. Dit is niet het geval. Te weinig, omdat niet wordt aangegeven dat bepaalde typen van persoonlijke en interpersoonlijke schade die de cliënt via zelfbinding poogt te voorkomen: a. vormen van schade zijn waar hij reeds eerder mee geconfronteerd is, en anderen mee geconfronteerd heeft; en b. vormen van schade zijn waarvan deze zelf te kennen geeft dat hij ze wil voorkomen. Dat bepaalde vormen van schade niet altijd en onder alle omstandigheden te voorkomen zijn, ook niet via zelfbinding, en dat het soms zo is dat men middels een interventie iets tracht te

voorkomen dat zonder die interventie evenmin zou hebben plaatsgevonden, is een onlosmakelijk onderdeel van de problematiek. Uit eigen ervaring zullen de cliënt met een voorgeschiedenis van psychiatrische ontregelingen en diens behandelaar(s) echter in veel gevallen met een redelijke mate van waarschijnlijkheid kunnen inschatten welke problemen ontstaan wanneer de patiënt recidiveert.

ad. 4: de waardering van het verzet van de cliënt

Bij zelfbinding beoogt de cliënt te waarborgen dat zorg wordt geboden in situaties waarin hij dit zelf mogelijk niet wenselijk acht en zich eventueel tegen interventies verzet. Uitgangspunt is dat dergelijk verzet door hulpverleners en andere betrokkenen wordt genegeerd wanneer sprake is van de in de verklaring vermelde omstandigheden. Wil aan de intentie van de verklaring tegemoet worden gekomen, dan zal het verzet van de cliënt niet de status mogen krijgen van een herroepen van de vroegere toestemming.

Gezien de ingrijpendheid van de gevolgen van een zelfbindingsverklaring - het eventueel tegen de wil van betrokkene toepassen van interventies - zal het nodig zijn een soort 'ontsnappingsclausule' toe te passen bij de beoordeling van het actuele verzet van de cliënt. Dit betekent dat beoordeeld moet worden of het verzet geïnterpreteerd kan worden als het verzet waarvan de cliënt in de verklaring heeft aangegeven dat het genegeerd mag worden, dan wel dat het gaat om verzet dat niet binnen de omschrijving van de cliënt valt.

Via een mogelijke klacht van de cliënt zou dit in de klachtenprocedure kunnen worden getoetst.

Alternatieven

Tegen zelfbinding wordt ook wel als bezwaar ingebracht dat dit instrument niet nodig is, omdat er reeds andere juridische mogelijkheden bestaan om het beoogde doel te realiseren.

Een drietal mogelijkheden wordt dan genoemd:

- 1 de rechterlijke machtiging op eigen verzoek van de patiënt;
- 2 de 'permanente machtiging'; en
- 3 de Widdershoven-variant (Widdershoven, 1996).

ad. 1. de rechterlijke machtiging op eigen verzoek van de patiënt

Net als in de Krankzinnigenwet voorziet de Wet bopz in de mogelijkheid dat een persoon ten behoeve van zichzelf een rechterlijke machtiging aanvraagt. Het gaat dan als het ware om een 'vrijwillige onvrijwillige opneming'.

Deze rechterlijke machtiging op eigen verzoek is geregeld in paragraaf 4, art. 32-34 van de Wet bopz. Dit instrument is bedoeld voor personen die aanvankelijk bereid en gemotiveerd zijn om een behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis te ondergaan. Komt deze bereidheid tijdens de duur van de opname te ontbreken, dan kan betrokkene niet zonder meer vertrekken (zoals in beginsel het geval is bij een vrijwillige opname). In een dergelijk geval is het mogelijk de persoon tegen zijn wil vast te houden.

Hoewel dit nergens in de wettekst staat vermeld, is de rechterlijke machtiging op eigen verzoek, blijkens de behandeling van de Wet bopz in het parlement, vooral bedoeld voor verslaafden (Noorlander, 1994).

De rechterlijke machtiging lijkt echter niet geschikt voor de specifieke problemen die aan de orde zijn bij mensen met periodiek optredende psychische ontregeling. Gewezen kan worden op de volgende verschillen tussen de rechterlijke machtiging op eigen verzoek en de zelfbindingsverklaring.

- 1 Een dergelijke machtiging kan slechts worden aangevraagd op het moment dat de betrokkene bereid en gemotiveerd is om zich te laten opnemen/behandelen. Door de betrokkene wordt ermee beoogd te voorkomen dat hij/zij voortijdig de opneming/behandeling zal afbreken. Met andere woorden: de opneming vindt plaats op basis van toestemming, terwijl het oogmerk is dat de opneming kan worden gecontinueerd wanneer (mogelijk) de bereidheid tot voortzetting ervan afneemt of komt te vervallen. Bij zelfbinding gaat het er juist om dat de betrokkene zich nog niet wil laten opnemen, maar via een schriftelijke verklaring wil realiseren dat er mogelijk in de toekomst, indien nodig, adequate hulpverlening plaatsvindt, ook wanneer deze zich dan tegen die hulpverlening verzet.

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

- 2 Bij de rechterlijke machtiging op eigen verzoek moet voldaan zijn aan de eis dat de betrokkene 'gevaar veroorzaakt'; bij zelfbinding beoogt de cliënt dat juist hulpverlening kan plaatsvinden wanneer er (nog) geen sprake is van gevaar.
- 3 Bij de rechterlijke machtiging op eigen verzoek is sprake van een noodzakelijke tussenkomst van een officier van justitie en een rechter (officier van justitie moet vordering instellen en rechter moet vervolgens vordering toewijzen); zelfbinding kan buiten het rechtssysteem om plaatsvinden.
- 4 De rechterlijke machtiging kan voor maximaal 1 jaar (minimaal een half jaar) worden toegewezen en kent geen verlengingsmogelijkheid; na ommekomst van een jaar zal men - desgewenst - hetzelfde traject wederom moeten bewandelen. Een zelfbindingsverklaring is niet aan dergelijke tijdslimieten gebonden (hoewel een regelmatige evaluatie wel wenselijk is).

ad. 2. de 'permanente' machtiging

De 'permanente machtiging' is een constructie waarbij iemand die buiten een instelling verblijft niettemin langdurig onder het juridische regime van een rechterlijke machtiging valt. Formeel juridisch kan dit in het kader van een proefverlof of voorwaardelijk ontslag.

Door middel van deze constructie kan worden beoogd wat ook door middel van een zelfbindingsverklaring wordt beoogd, namelijk: dat iemand weer opgenomen en/of behandeld wordt wanneer zijn of haar situatie verslechtert.

Om verschillende redenen lijkt deze constructie minder gewenst en kan deze niet worden gezien als een gepast alternatief voor de zelfbindingsverklaring.

- 1 de rechterlijke machtiging is niet bedoeld voor het type situaties en problematiek waar het in deze om gaat; de doelgroep voor proefverlof en voorwaardelijk ontslag is doorgaans de groep van cliënten met schizofrene stoornissen. Bovendien loopt een rechterlijke machtiging na 6 of 12 maanden af en is een verlengingsprocedure noodzakelijk waarin opnieuw de juridische criteria zoals neergelegd in de BOPZ worden beoordeeld. Daarbij komt dat rechters terughoudend zijn met verlenging van een rechterlijke machtiging wanneer de betrokkene met proefverlof buiten de instelling verblijft.
- 2 formeel juridisch zou bovendien een rechterlijke machtiging opgeheven dienen te worden wanneer een patiënt niet meer een voldoende gevaar oplevert als gevolg van zijn psychische stoornis.
- 3 een dergelijke permanente rechterlijke machtiging geeft de in-

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

stelling/hulpverlener eenzijdig veel macht. Als deze het nodig acht kan - gedekt door de nog steeds bestaande rechterlijke machtiging - de betrokkene tegen zijn wil opnieuw worden opgenomen.

- 4 ook hier is - net als bij de rechterlijke machtiging op eigen verzoek - bemoeienis van de officier van justitie en rechter nodig en daarmee het risico aanwezig dat die niet wil(len) meewerken aan een dergelijke 'permanente machtigings'-constructie.
- 5 bij deze variant is geen 'maatpak'-behandeling (in de ogen van de cliënt) gewaarborgd; wat er gebeurt, wordt door de behandelaar gedicteerd.
- 6 een dergelijke rechterlijke machtiging is stigmatiserend voor de betrokkene.

ad. 3. de Widdershoven-variant

Widdershoven (1996) merkt ten aanzien van de zelfbindingsverklaring in de context van dwangbehandeling op dat deze niet in de plaats kan treden van het dwangbehandelingscriterium in de Wet bopz. Uitgegaan wordt echter van interpretatieruimte die het huidige wettelijke kader reeds biedt.

Deze auteur stelt echter:

"Denkbaar is evenwel dat een bekwame wilsuiting relevant kan zijn bij de feitelijke invulling, gezien de concrete situatie, van het (deel-)criterium ernstig gevaar voor de patiënt zelf... In deze visie zou sprake kunnen zijn van een ruimere, door de patiënt zelf aangegeven, individuele interpretatie van het gevaarscriterium. Een zekere ondergrens zal daarbij wel in acht moeten worden genomen; er moet immers nog steeds kunnen worden gesproken van ernstig gevaar. Ook is denkbaar dat de patiënt in een dergelijke verklaring zijn voorkeur kenbaar maakt ten aanzien van de aard van de dwangtoepassing. Voor het toekennen van meer consequenties aan de zelfbindingsverklaring, is een wetswijziging nodig."

Naar aanleiding van de hier gesuggereerde interpretatieruimte - die ook aanwezig wordt geacht met betrekking tot de interpretatie van het gevaarscriterium bij dwangopneming - is de Stichting PVP (1996) van mening dat "deze mogelijkheden eerst dienen te zijn uitgekristalliseerd" alvorens te komen tot wetswijziging.

Dit voorstel heeft een aantal beperkingen. Gezien de 'zekere ondergrens' die in acht moet worden genomen bij de interpretatie

van ernstig gevaar, is het de vraag hoe ruim de werkelijke interpretatiemarge is voor het criterium 'ernstig gevaar' bij dwangbehandeling. Erkend kan worden dat binnen de relatief beperkte interpretatieruimte die 'ernstig gevaar' biedt, de opvattingen van de cliënt een bijdrage kunnen leveren aan de beoordeling van de legitimiteit van dwangbehandeling. Echter, tenzij het criterium 'ernstig gevaar' wordt opgerekt, lijkt dit voorstel niet tegemoet te komen aan situaties waarin (nog) geen sprake is van gevaar, laat staan van ernstig gevaar, maar waarin de cliënt, op basis van eerder kenbaar gemaakte wensen, het wel wenselijk of noodzakelijk acht dat hulpverlening plaatsvindt.

4.5 Beperkingen van zelfbinding

Het is van belang te wijzen op een belangrijke beperking van zelfbinding en zelfbindingsverklaringen. Het gebruik van dergelijke verklaringen veronderstelt een eigen keuze van de cliënt en deze eigen keuze vooronderstelt dat de cliënt inzicht heeft in de eigen situatie en in zijn of haar psychische toornis. Het is een gegeven dat psychiatrische patiënten een dergelijk inzicht kunnen missen of juist ontkennen (Amador, Strauss, Yale en Gorman, 1991; Amador et al., 1994; Cuesta en Peralta, 1994; Ghaemi en Pope, 1994). Een tweede beperking van zelfbinding is dat het gebruik ervan vooronderstelt dat er een sociaal netwerk rondom de cliënt aanwezig is.

4.6 Het buitenland

Onderzocht werd in hoeverre in het buitenland psychiatrische zelfbindingsverklaringen voorkomen en welke dan de juridische status van dergelijke verklaringen is. Zonder aanspraak te willen maken op volledigheid, worden hieronder enkele buitenlandse voorbeelden genoemd.

Declaration for Mental Health Treatment (Oregon, VS)

In 1993 werd in de Amerikaanse staat Oregon een wet van kracht die het gebruik van een zogenaamde 'declaration for mental health treatment' regelt. Dit document is een wilsverklaring waarin iemand schriftelijk vastlegt of hij in toekomstige situaties waarin hij niet meer voldoende bekwaam of in staat is zelf beslissingen te nemen, wel of niet behandeld wil worden (Backlar, 1995).

Deze wensen kunnen betrekking hebben op:

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

- 1 een behandeling met psychofarmaca;
- 2 een electroconvulsiebehandeling;
- 3 een opname in een psychiatrisch ziekenhuis teneinde gedurende maximaal zeventien dagen een van deze twee behandelmethoden toe te passen.

De zelfbindingsverklaring moet mede-ondertekend zijn door twee onafhankelijke getuigen. Zij moeten verklaren dat de patiënt de verklaring niet onder druk en bij volle bewustzijn heeft ondertekend. In de verklaring moet de patiënt twee vertegenwoordigers benoemen die gaan toezien op de naleving wanneer dat aan de orde is. De behandelaar kan alleen van de verklaring afwijken als de verlangens van de patiënt in strijd zijn met de professionele standaard. De verklaring is maximaal drie jaar geldig. De patiënt kan de zelfbindingsverklaring tussentijds alleen intrekken of wijzigen als hij wilsbekwaam is¹³.

Maine (VS)

In de staat Maine is het sinds 1993 mogelijk een psychiatrische wilsverklaring ('declaration') op te stellen die rechtskracht heeft.

In de betreffende wet is dit als volgt geregeld:

"Any person 18 years of age or older who suffers from a psychotic condition but is competent and in a state of remission at the time of execution may execute a declaration directing that medical treatment, including the administration of psychotropic drugs, be provided at a time when the person has lapsed and is not able to make decisions regarding medical treatment."¹⁴

Illinois (VS)

De meest recente wetgeving inzake psychiatrische wilsverklaringen kwam tot stand in Illinois. Deze is vergelijkbaar met de wetgeving zoals in Oregon (zie hiervoor).

Ervaringen in de VS

De wetgeving inzake zelfbinding in de genoemde staten is van recente datum. Over de ervaringen is nog weinig bekend. Een eerste inzicht in de praktijk rond schriftelijke psychiatrische wilsverklaringen in Oregon biedt een onderzoek van Backlar en McFarland (1996). De onderzoekers stuurden een vragenlijst (als bijlage bij een nieuwsbrief) aan familieleden en hulpverleners van personen met ernstige en langdurige psychische stoornissen. In totaal werden 156 antwoorden ontvangen (23 van familie en 133 van hulpverleners). De respondenten gaven aan dat 64 wilsverklaringen waren opgesteld. De diagnoses waren als volgt

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

verdeeld: schizofrenie (30), affectieve stoornissen (24), schizo-affectieve stoornis (5), organische hersenstoornis (1), onbekend (4). In 40 wilsverklaringen werd een vertegenwoordiger van de patiënt genoemd.

Tien van de wilsverklaringen waren gebruikt in een crisissituatie. Vastgesteld werd dat in alle gevallen de in de wilsverklaring opgenomen wensen van de cliënt waren gehonoreerd. In 8 gevallen was de genoemde vertegenwoordiger betrokken geweest in het besluitvormingsproces.

De volgende knelpunten worden door Backlar en McFarland gesignaleerd. In de eerste plaats bleek dat hulpverleners, clinten en familieleden onvoldoende op de hoogte zijn van de wettelijke mogelijkheid om een psychiatrische wilsverklaring op te stellen. Als tweede knelpunt wordt de afwezigheid van een vertegenwoordiger genoemd (dit was bij meer dan een derde van de geïdentificeerde verklaringen het geval).

4.7 Conclusie

De morele argumenten ter ondersteuning van zelfbinding leiden op zichzelf er nog niet toe dat die de conclusie rechtvaardigen dat voor zelfbinding ook juridisch ruimte moet worden gecreëerd. Er kunnen immers andere bezwaren bestaan tegen het mogelijk maken van zelfbinding in de praktijk.

Een belangrijk punt in dit verband betreft de vraag hoe groot de omvang van de doelgroep van cliënten die van zelfbinding gebruik zouden willen maken eigenlijk is. Een duidelijk inzicht hierin, dat verder strekt dan anecdotische informatie, ontbreekt tot op heden en het zou wenselijk zijn hierin nader inzicht te verwerven.

4.8 Aanzet voor implementatie

Het lijkt vooralsnog in eerste instantie wenselijk om nader inzicht te verkrijgen in de behoefte die bij ggz-cliënten bestaat met betrekking tot zelfbindingsverklaringen en om tevens meer kennis te verwerven omtrent de attitudes van klinisch en ambulant werkende psychiaters. Daarvoor is onderzoek noodzakelijk. Afhankelijk van de resultaten hiervan kan als eerste stap ter implementatie een experiment met zelfbindingsverklaringen in een proefregio worden gestart. Het is wenselijk een dergelijk experiment wetenschappelijk te begeleiden en te evalueren.

5 Mogelijkheden om toepassing van drang en dwang te voorkomen/terug te dringen

Vanuit moreel gezichtspunt is de preventie van drang en dwang een belangrijke doelstelling. Om aanzetten te vinden voor het voorkomen of terugdringen van drang- en dwangtoepassing in de ggz zijn verschillende aspecten van belang. Een drietal wordt hieronder besproken, te weten: (ziekte)inzicht, coöperatie en de ervaring van dwang door cliënten.

5.1 De rol van (ziekte)inzicht

Empirische studies bevestigen de intuïtie dat vrijwillig en onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten verschillen wat betreft ziekteinzicht en inzicht in de noodzaak van zorgverlening. Onvrijwillig opgenomen patiënten hebben een significant lager niveau van inzicht dan vrijwillig opgenomenen (McEvoy et al., 1989).

Hoewel gebrekkig of ontbrekend (ziekte)inzicht een belangrijke rol speelt in de (mogelijkheid tot) begeleiding van psychotische patiënten, is onderzoek naar (ziekte)inzicht betrekkelijk schaars (Ghaemi en Pope, 1994). Op basis van beschikbaar empirisch materiaal kunnen met betrekking tot (de rol van) ziekte inzicht de volgende conclusies worden getrokken:

- 1 Inzicht is geen eenduidig concept, maar heeft verschillende dimensies, waaronder inzicht in symptomen en inzicht in de noodzaak van behandeling.
- 2 Hoewel inzicht gebrekkiger kan zijn bij patiënten met ernstiger psychopathologie, wordt inzicht niet altijd beter wanneer de psychopathologische symptomen in ernst verminderen.
- 3 Inzicht houdt verband met de bereidheid om mee te werken aan behandeling, prognose, vrijwillige/onvrijwillige opname en culturele concepten van ziekte.
- 4 Inzicht in ziekte, noodzaak van behandeling, of wanen zijn in positieve zin te beïnvloeden door cognitieve en psychoeducatieve behandelingsmethoden.

Er is sprake van een complexe relatie tussen (ziekte)inzicht en het meewerken met behandeling. Inzicht kan coöperatie bevorderen, maar is daarvoor niet een noodzakelijke voorwaarde. In een aantal gevallen werken patiënten mee aan behandeling en hebben daar

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

baat bij, terwijl (ziekte)inzicht ontbreekt (David, 1990). Aan de andere kant is niet-meewerken vaak gerelateerd aan gebrekkig (ziekte)inzicht. Tenslotte kan non-coöperatie ook het gevolg zijn van bijwerkingen van antipsychotische medicatie, of van een slechte arts-patiënt relatie (Fuller Torrey en Kaplan, 1995).

Uit onderzoek blijkt dat bij meer dan 80% van de schizofrene patiënten sprake is van 'gebrekkig inzicht' (Cuffel, Alford, Fischer en Owen, 1996).

Overigens blijkt uit de literatuur dat intrapersonlijke factoren (zoals inzicht en cognitieve vermogens) interacteren met factoren in het zorgsysteem en het sociale netwerk van de patiënt.

5.2 Bevordering van coöperatie

Alvorens drang en dwang als handelingsalternatieven in het vizier komen, is het van belang cliënten te overreden om behandeling te (blijven) ondergaan. Het is daarbij noodzakelijk oog te hebben voor factoren die een op vrijwilligheid gebaseerde medewerking van de patiënt in de weg staan of juist bevorderen (Blackwell, 1976).

Ik kan hier niet uitvoerig op deze thematiek ingaan, maar wil kort - ter illustratie - refereren aan studies van Corrigan, Liberman en Engel (1990) en van Chen (1991) en een Nederlandse beschouwing van Henselmans et al. (1991).

Corrigan, Liberman en Engel (1990) vatten de coöperatieproblematiek, toegespitst op schizofrene patiënten, op als een probleem in de samenwerking tussen patiënt en hulpverlener niet uitsluitend als een probleem dat ligt bij de patiënt, die onvoldoende gemotiveerd zou zijn, (ziekte)inzicht mist of weerstand tegen behandeling vertoont. Zij onderscheiden een vijftal gebieden waar zich blokkades bij de samenwerking kunnen voordoen: 1. behandelingstechnieken; 2. kenmerken van de patiënt; 3. kenmerken van de familie; 4. de hulpverlener-patiënt relatie en 5. de behandelingssetting. Veel blokkades kunnen volgens deze auteurs worden voorkomen of opgeheven door patiënten actief te betrekken bij het omgaan met hun ziekte.

Het onderzoek van Chen (1991) betreft een literatuuronderzoek naar factoren die samenhangen met non-coöperatie van patiënten in de ambulante ggz-hulpverlening. Non-coöperatie kan velerlei vormen aannemen, zoals: het zich niet houden aan afspraken (bijvoorbeeld een doorverwijzing vanuit een crisiscentrum naar

een ambulante hulpverlener, of een nazorgafspraken na onslag uit een klinische opname); het vroegtijdig of voortijdig beëindigen van hulpverlening/begeleiding; het niet opvolgen van medicatieadviezen. Deze auteur formuleert een aantal praktische voorstellen die de bereidheid om mee te werken aan behandeling in een ambulante setting kunnen vergroten: 1. een actieve rol van hulpverleners inzake de planning van afspraken heeft de voorkeur in vergelijking met een meer passieve rol, waarbij het initiatief bij de patiënt wordt gelaten; 2. hoe korter de periodes tussen de afspraken zijn, hoe beter; 3. (telefonische) geheugensteun- tjes/herinneringen bevorderen het nakomen van afspraken; 4. 'oriëntatie' en educatie inzake behandeling en medicatie zijn van essentieel belang om medewerking te handhaven. Vastgesteld kan worden dat met betrekkelijk eenvoudige hulpmiddelen de (kans op) medewerking van de patiënt kan worden vergroot, en daarmee het risico dat men zijn toevlucht moet nemen tot ingrijpender interventies kan worden verkleind.

In een interessant praktijkverslag beschrijven Henselmans et al. (1991) een aantal strategieën in de zorg voor ambulante patiënten met langdurige psychiatrische problemen. Het blijkt dat met de nodige creativiteit en bereidheid van hulpverleners om gangbare routines en rolopvattingen te doorbreken met deze als 'lastig' betitelde groep het nodige bereikt kan worden. De beschreven patiëntengroep bestaat uit mensen die een ambivalente houding ten opzichte van psychiatrische hulp hebben, die vaak niet zelf om hulp vragen, terwijl 'expliciete afwijzing van hulp (...) geen zeldzaamheid (is)' (Henselmans et al. 1991, p. 1195). Door middel van verschillende 'pedagogische strategieën' (het geven van voorbeeld, uitleg en instructie; verleiding, aansporing en het stellen van grenzen) slaagt men erin de hulpverlening vorm te geven. Een daarbij gehanteerd onderscheid (dat weliswaar in de praktijk vaak niet eenduidig te hanteren blijkt) is tussen patiënten die 'niet kunnen' en patiënten die 'niet willen'. Met name in het tweede geval wordt nogal eens gebruik gemaakt van strategieën als verleiding, aansporing, het 'aanzetten tot koop' en dergelijke. Deze publicatie onderstreept het belang van ambulante interventiestrategieën die een meer dan in de ambulante hulpverlening gebruikelijke verantwoordelijkheid leggen bij de hulpverleners. Deze observaties wijzen op de noodzaak om steeds creatief met situaties om te gaan en niet te snel en gemakkelijk te concluderen dat 'het niet anders kan' dan dwang of drang toe te passen. Gewaakt dient daarbij te worden om niet uitsluitend unilateraal het coöperatieprobleem op te vatten als een probleem van de patiënt, maar als een bilateraal probleem van patiënt en hulpverlener

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

samen (Jonsen 1979; Boisaubin 1991).

5.3 De ervaring van dwang

Een verwaarloosd aspect in de discussie over de toepassing van dwang en drang in de (geestelijke) gezondheidszorg is de ervaring en perceptie van dwang en drang van de kant van de (psychiatrische) patiënt. Hoewel het hier niet gaat om het voorkomen of terugdringen van drang en dwang, kan aandacht voor de ervaring van drang en dwang handvatten bieden om een aantal problematische kanten van de toepassing daarvan in situaties waarin dit noodzakelijk en gerechtvaardigd is aanvaardbaarder te maken.

Filosofische analyses van dwang en drang kunnen globaal in twee typen worden onderscheiden (Wertheimer, 1987). De empirische theorie stelt dat wat drang en dwang is geheel kan worden omschreven en bepaald aan de hand van een objectieve, non-morele analyse van fenomenen. In het inleidende hoofdstuk werd deze benadering getypeerd als het externe perspectief. Het tweede type theorie, de gemoraliseerde theorie claimt dat wat dwang en drang is, fundamenteel een moreel oordeel is.

Binnen deze tweede benadering spelen de ervaringen, percepties en morele oordelen van patiënten een rol bij de bepaling van dwang en drang.

Bennett, Lidz, Monahan, Mulvey et al. (1993) komen op basis van empirisch onderzoek tot de conclusie dat drie aspecten van belang zijn bij de ervaring van drang en dwang door patiënten, namelijk:

- 1 Inclusie; patiënten zijn van oordeel dat ze het recht hebben betrokken te worden in de besluitvorming inzake het al of niet opgenomen worden in een psychiatrische instelling.
- 2 Goedbedoelde motivatie; patiënten zijn van mening dat degenen die een rol spelen in het besluitvormingsproces gemotiveerd dienen te zijn door zorg voor het welzijn van de patiënt.
- 3 Vertrouwen; patiënten vinden dat alle personen die bij het opnemingsproces een rol spelen zich eerlijk en open tegenover hen dienen te gedragen.

De auteurs concluderen:

"When the admission process violates these moral norms - when the patient is excluded from participation in the decision whether he or she should be hospitalized, when the actions of others appear to be selfishly motivated, or when others lack

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

the personal or professional qualifications to intervene, or lie to or disrespect the patient - coercion may be more likely to be perceived, and resented. When these moral norms are adhered to, many apparently coercive acts seem to be accepted by the patient as morally legitimate." (Bennett, Lidz, Monahan, Mulvey et al., 1993, p. 305)

Janssen, De Jonge en Pols (1995) noemen een aantal uitgangspunten bij het terugdringen van dwangtoepassing in de ggz:

- 1 in plaats van uitstoting moet gestreefd worden naar maatschappelijke integratie van ggz-cliënten;
- 2 in plaats van ordehandhaving moet aandacht besteed worden aan de behoeften van cliënten;
- 3 in plaats van repressie moet gezocht worden naar manieren om werkelijke hulp te bieden;
- 4 in plaats van escalatie moet gezocht worden naar manieren om deëscalatie te bewerkstelligen;
- 5 in plaats van bij de overheersende belangen van de samenleving, de instellingen en de hulpverlenende beroepen zou de prioriteit gelegd moeten worden waar ze thuishoort: bij het belang van de cliënt en het belang van goede zorg;
- 6 in plaats van machtsuitoefening van hulpverleners over cliënten moet gezocht worden naar meer gelijkwaardigheid en machtsgelijkheid.

Deze auteurs besteden met name aandacht aan deëscalatiestrategieën die beogen uitstoting tegen te gaan en die vaak heel praktisch van aard zijn.

5.4 Conclusie

In de discussie over drang- en dwangtoepassing in de ggz is het van groot belang aandacht te besteden aan inzichten die bestaan met betrekking tot strategieën bij de begeleiding van psychiatrische patiënten die beogen dwangtoepassing te voorkomen of de negatieve implicaties van dwangtoepassing voor de betrokkene te verminderen. Bevorderd moet worden dat dergelijke inzichten worden geïmplementeerd in de praktijk van de zorg en dat onderzoek wordt gestimuleerd dat nader inzicht kan bevorderen in factoren die een rol spelen bij het voorkomen van drang en dwang en bij de ervaring van drang en dwang door de patiënt.

6 Aanzet tot een ethisch toetsingskader voor de toepassing van drang en dwang in de gezondheidszorg

Het is niet mogelijk een uitgewerkt toetsingskader te bieden voor de beoordeling van de morele aanvaardbaarheid van drang- en dwangtoepassing. Wel kan een aantal aandachtspunten worden gegeven dat bij de afweging tenminste aan de orde dient te komen.

De commissie van de Gezondheidsraad (1996) meent dat aan de toepassing van vrijheidsbeperking (dat wil zeggen drang en dwang) in het kader van de tuberculosebestrijding de volgende afweging vooraf dient te gaan:

- is er gevaar van overbrenging?
- zijn de mogelijkheden van overreden uitgeput?
- is het in te zetten middel redelijk?
- is het middel gelegitimeerd?
- is voorzien in procedurele rechtswaarborgen?

Als aan deze voorwaarden is voldaan, zal volgens de commissie een vrijheidsbeperkende maatregel niet alleen te rechtvaardigen zijn, maar ook aangewezen.

In onderstaande wordt deze aanzet wat verder uitgewerkt.

6.1 Aandachtspunten bij de toepassing van drang en dwang

Wanneer de toepassing van drang en dwang aan de orde is, kan een aantal criteria worden aangelegd ten aanzien van het karakter van de interventies dat moreel aanvaardbaar is. Deze criteria sluiten aan bij de morele waarden die bij de toepassing van drang en dwang in het geding zijn: respect voor autonomie, niet schaden en weldoen (Berghmans, 1992).

Het schadebeginsel

Dit houdt in dat een inschatting moet worden gemaakt van de schade die kan optreden bij de betrokkene zelf en/of anderen. Van belang daarbij zijn de in hoofdstuk twee gemaakte onderscheidingen met betrekking tot het schadebeginsel.

Het wilsbekwaamheidsbeginsel

Bij de beoordeling van dwangtoepassing is het van belang een inschatting te maken van de wilsbekwaamheid van de betrokkene.

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

De in hoofdstuk 2 gegeven overwegingen zijn hierbij van betekenis.

Het proportionaliteitsbeginsel

Dit stelt aan een interventie de eis dat het waarschijnlijke goed dat middels de interventie wordt gerealiseerd, het waarschijnlijke kwaad dat het gevolg is van noninterventie overtreft. Bovendien eist dit beginsel dat het goede dat door de interventie wordt bereikt het kwaad van de interventie overtreft.

Het respectbeginsel

Hierbij gaat het om de waarden die middels een interventie aan de betrokkene worden opgelegd. Het morele beginsel van respect voor de autonomie van personen creëert als prima facie verplichting dat bij de keuze van een interventie zo veel als mogelijk wordt aangesloten bij de waarden van de betrokken persoon.

Het autonomiebeginsel

Dit beginsel verlangt van een dwanginterventie dat deze uitzicht biedt op herstel van de autonomie van de betrokkene, of in ieder geval zo min mogelijk inbreuk maakt op de nog aanwezige vermogens tot autonomie.

Het doelmatigheidsbeginsel

Dit ziet toe op de waarschijnlijkheid van het bereiken van het doel dat met de interventie wordt beoogd.

Het beginsel van het minst restrictieve alternatief

Het beginsel van de minste restricties stelt grenzen aan de mate van ingrijpendheid en invasiviteit van drang- en dwanginterventies. Relevante aspecten van de restrictiviteit van interventies zijn onder meer: onomkeerbaarheid, het teweegbrengen van pijn en lijden, vrijheidsbeperking, aantasting van persoonlijke integriteit, aantasting van zelfrespect.

6.2 Dwang om bestwil en dwang met het oog op voorkomen van schade aan anderen

Bij de bovengenoemde aandachtspunten is geen onderscheid gemaakt tussen de twee rechtvaardigingsprincipes bij dwangtoepassing, te weten het schadeprincipe en het paternalismeprincipe. Een verschil in de beoordeling van de aanvaardbaarheid van dwangtoepassing bij dreigende schade voor de persoon zelf of

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

voor anderen is gelegen in het aspect van de wilsbekwaamheid. Verminderde wilsbekwaamheid speelt een rol bij de rechtvaardiging van dwang met een beroep op het paternalismeprincipe, maar hoeft niet noodzakelijk een rol te spelen bij de rechtvaardiging van dwang op basis van het schadeprincipe. Bij een risico van schade voor anderen (denk aan het voorbeeld van de overdracht van besmettelijke ziekten) is verminderde wilsbekwaamheid geen noodzakelijke voorwaarde voor de rechtvaardiging van dwangtoepassing. De nadruk bij de beoordeling van de aanvaardbaarheid van dwang bij dreiging van schade aan anderen ligt dan bij de overige genoemde beginselen.

Noten

1. In de NRV-discussienota over dwang en drang in de ggz (1992) worden nog andere voorbeelden van informele drang- en dwangtoepassing genoemd, zoals het gebruik van behandelcontracten in de klinische ggz of het aanspreken van 'gestoorde en storende' mensen op hun rolverantwoordelijkheden, bijvoorbeeld door erop aan te dringen 'slecht woongedrag' te vermijden onder dreiging van huisuitzetting wanneer dit niet gebeurt (NRV, 1992, p. 64-65).
2. Vgl. Janssen, De Jonge en Pols (1995, p.25):
"Dwang en vrijheid staan diametraal tegenover elkaar. Een ander dwingen betekent de ander diens vrijheid (gedeeltelijk) ontnemen. Gedwongen worden betekent: geen eigen keuzes (meer) kunnen maken. Een van de meest basale levenswaarden is dus in het geval van dwang in het geding. Dat maakt het morele dilemma, de vraag of dwang in een bepaalde situatie mag worden toegepast, zo ernstig."
3. Feinberg (1986, p. 254) spreekt van 'contextual relativity'.
4. "De in art. 38 vijfde lid gegeven mogelijkheid van toepassing van dwangbehandeling houdt dan ook geen verband met de machtiging tot opname maar met de omstandigheid dat de betrokkene binnen het ziekenhuis ernstig gevaar veroorzaakt. Dit sluit aan bij de feitelijke situatie; het buiten de inrichting veroorzaken van gevaar houdt niet per se in dat de patiënt, eenmaal opgenomen zijnde, een zodanig gevaar oplevert voor zichzelf of medepatiënten dat dit slechts kan worden afgewend met dwangbehandeling." (Eerste Kamer, vergaderjaar 1990-1991, 11270, nr. 156c, p. 10.)
5. De herkomst van de jurisprudentie (rechtbank of klachtencommissie) wordt hier niet vermeld. Zie daartoe rapport 6, p.59 e.v.
6. In de praktijk blijkt deze juridische eis van plaatsvervangende toestemming door een vertegenwoordiger van een wilsonbekwaam geachte patiënt niet altijd door hulpverleners te worden opgevolgd. Vgl. rapport 6.
7. In bijlage 1 wordt een overzicht gegeven van de relevante passages over ambulante dwangtoepassing in de Bopz-evaluatie.
8. De Turck en Van den Berg (1995) geven een voorbeeld van een niet-acute situatie waarin dwangmedicatie in de thuissituatie van de cliënt een alternatief zou kunnen zijn voor dwangopname.
9. Zo bijvoorbeeld de omschrijving van Miller (1991b):
"The major population for which outpatient commitment is clinically appropriate is the group of chronically mentally ill persons with severe psychiatric disorders that result in clinical deterioration satisfying criteria for involuntary hospitalization and who respond well to medication but repeatedly discontinue their medication on discharge."
10. In bijlage 4 wordt een overzicht gegeven van de relevante passages over zelfbinding in de Bopz-evaluatie.
11. In dit verband is een vergelijking met de euthanasiediscussie op zijn plaats. In het vigerende recht zijn euthanasie en hulp bij zelfdoding strafbaar gesteld in het Wetboek van Strafrecht. De maatschappelijke ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat in de jurisprudentie een aantal zorgvuldigheidseisen zijn geformuleerd die ertoe kunnen leiden dat een arts zich kan beroepen op een noodtoestand in de zin van een conflict van plichten en daardoor doorgaans niet strafrechtelijk vervolgd zal worden indien zijn handelen voldoet aan de zorgvuldigheidseisen. Momenteel is de vraag opnieuw actueel of het wenselijk is euthanasie en hulp bij zelfdoding, indien uitgevoerd door artsen, uit het Wetboek van Strafrecht te halen.
12. In: Zelfbinding. PVP krant, mei 1996, 8.

13. In bijlage 2 is de letterlijke tekst van de model-verklaring in Oregon opgenomen.
14. Bijlage 3 bevat de letterlijke tekst van de model-verklaring in Maine.

Bijlagen

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

Bijlage 1

Ambulante dwangbehandeling in de BOPZ-evaluatie

Op diverse plaatsen in de BOPZ-evaluatie wordt ambulante dwangbehandeling aan de orde gesteld.

In *rapport 3* van de Evaluatiecommissie wordt vastgesteld:

"Uit opmerkingen op de enquêteformulieren en uit telefonische reacties komt de suggestie naar voren om onder de Wet bopz de mogelijkheid te scheppen een rm (= rechterlijke machtiging, R.B.) met ambulante dwangbehandeling mogelijk te maken. Deze reacties zijn afkomstig van Riagg-psychiaters, advocaten en van politiemensen.

Het doel van een dergelijke niet-opname is om de betrokkene te dwingen een behandeling te laten ondergaan, zoals het regelmatig innemen van medicatie... Ambulante dwangbehandeling heeft als voor de hand liggend voordeel dat de opnamecapaciteit in de psychiatrische ziekenhuizen ontlast wordt. Voor de betrokkene zelf heeft de rm met ambulante dwangbehandeling het voordeel dat hij kan blijven functioneren in zijn sociale setting. In sommige gevallen kan dit zelfs betekenen dat hij aan het werk zal kunnen blijven. Gelet op het isolement waarin voormalige psychiatrische patiënten vaak terechtkomen betekent dit een forse verbetering. Paradoxaal hierbij is wel dat het niet kunnen functioneren in de sociale setting vaak de aanleiding is voor de onvrijwillige opneming.

Ook de omgeving van de betrokkene, familie, vrienden, kennissen en burens, varen hier wel bij. De dreigende dwangopname, bij het niet volgen van de behandeling, lijkt in veel gevallen voldoende te zijn de behandeling te blijven volgen, waardoor zich nauwelijks overlast voor de omgeving voordoet, zo geven politiemensen uit Den Haag aan." (p. 57)

Ook in *rapport 10* komt ambulante dwangbehandeling aan de orde (p. 54 e.v.):

"Uit de dossieranalyse en in de interviews komt naar voren dat een deel van de patiënten, eenmaal buiten het APZ, hun medicatie niet innemen waardoor hun situatie weer verslechtert en opnieuw een opneming nodig is.

Voor deze groep patiënten, volgens respondenten vaak schizofrenen, zou een volledige opneming niet nodig zijn. Psychiaters, maar ook vaak rechters, wijzen erop dat depot-

medicatie in combinatie met ambulante hulp een afdoende tussenoplossing zou kunnen bieden. Een niet wettelijk vastgelegde mogelijkheid voor deze groep zou een ambulante dwangbehandeling kunnen zijn. Patiënten krijgen in dat geval (depot)medicatie en ambulante begeleiding. Als voordeel van ambulante dwangbehandeling wordt vaak genoemd dat een onvrijwillige opname kan worden voorkomen en dat (daardoor) de vicieuze cirkel van voortdurende terugval en hernieuwde opnames als gevolg van medicatie-weigering kan worden doorbroken." (p. 54)

Over opvattingen van psychiaters wordt het volgende gezegd:

"De meerderheid van de psychiaters (zowel Riagg- als Apz-psychiaters, R.B.) toont zich voorstander van ambulante dwangbehandeling ook omdat men dit minder verstrekkend vindt dan een onvrijwillige opname. In deze optiek neemt ambulante dwangbehandeling de plaats in van een opname in het psychiatrisch ziekenhuis. Ook en in combinatie hiermee wordt genoemd dat de ambulante dwangbehandeling een alternatief zou kunnen zijn voor met name die groepen patiënten die telkens weer terugvallen na ontslag uit het APZ. Hier fungeert de ambulante dwangbehandeling dus als aanvulling op een opname. Met medicijnen en intensieve thuiszorg zou deze groep in de thuissituatie kunnen blijven. Veel verloedering en zelfverwaarlozing zou volgens psychiaters voorkomen kunnen worden met behulp van depotmedicatie en regelmatige controle door een huisarts of de RIAGG. Een psychiater stelt dat met ambulante dwangbehandeling de helft van alle onvrijwillige opnames vermeden zou kunnen worden. Een aantal psychiaters benadrukt dat wanneer ambulante dwangbehandeling een wettelijke mogelijkheid zou worden, deze met alle juridische en kwaliteitswaarborgen omgeven zou moeten worden omdat het een vergaande maatregel is." (p. 54-55)

Tevens wordt melding gemaakt van het feit dat veel psychiaters aangeven dat ambulante dwangbehandeling feitelijk in de praktijk al wordt toegepast via de procedure van voorwaardelijk ontslag onder een RM.

"Psychiaters die reeds ervaring hebben met de RM met voorwaardelijk ontslag, tonen zich over deze mogelijkheid zeer tevreden. Sommige psychiaters vragen zich in dit

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

verband af wat een ambulante dwangbehandeling aan deze praktijk zou moeten toevoegen. Een RM heeft volgens hen de garantie van rechterlijke toetsing, waarbij de duur is vastgelegd en de controle verzekerd. Andere psychiaters stellen dat als een opname voorkomen kan worden, dit altijd beter is. Tot slot is er nog een klein deel van de psychiaters dat niets ziet in ambulante dwangbehandeling. Als redenen worden genoemd dat '*mensen die ziek zijn, moeten worden opgenomen, dan kan er ook goede diagnostiek plaatsvinden.*' Daarnaast werd ambulante dwangbehandeling een '*uiting van machteloosheid en een teken van de tijd*' genoemd." (p. 55-56)

Over de opvattingen van rechters wordt opgemerkt:

"Dit onderwerp leeft duidelijk meer onder psychiaters dan onder rechters. Evenals psychiaters staan ook rechters overwegend positief tegenover ambulante dwangbehandeling. Men is van opvatting dat als er al wel een verdergaande maatregel mogelijk is in de vorm van RM met voorwaardelijk ontslag, het merkwaardig zou zijn als er niet een mindere maatregel mogelijk zou zijn in de vorm van ambulante dwangbehandeling ter voorkoming van een opname. Ook zijn er rechters van oordeel dat er iets krachtadigers gedaan moet worden voor met name die mensen die 'verkommeren en verloederen', en naar hun mening zou ambulante dwangbehandeling de psychiatrische ziekenhuizen bovendien enorm ontlasten.

Tegelijkertijd suggereert een aantal rechters dat in de uitvoering van een dergelijke regeling problemen zouden ontstaan. Ambulante dwangbehandeling zou in praktijk alleen door chantage kunnen worden afgedwongen ('je blijft uit het ziekenhuis als je je medicijnen inneemt'), het staat haaks op de BOPZ, 'ik zou niet weten hoe je dat op een nette manier zou moeten uitvoeren'. Een rechter heeft er moreel moeite mee 'als de samenleving verdomt om geld uit te trekken voor voorzieningen, weet ik niet goed wat ik er als rechter mee aan moet.'

Ook rechters verwijzen veelvuldig naar de reeds ontstane praktijk van de RM met voorwaardelijk ontslag, waarbij de machtiging veelal verlengd wordt na beoordeling in de ambulante situatie." (p. 56)

De Evaluatiecommissie (*rapport 2*) merkt over ambulante dwangbehandeling het volgende op:

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

"Rechters en psychiaters staan hier overwegend positief tegenover. Men constateert dat er in de praktijk gedeeltelijk al op deze manier wordt gewerkt via de procedure van de voorlopige machtiging met voorwaardelijk ontslag. Daarbij wordt dan wel de vraag gesteld, wat ambulante dwangbehandeling, naast het vermijden van een opname, aan deze praktijk toevoegt. Ook in andere door de evaluatiecommissie uitgezette onderzoeken wordt door sommige respondenten wel de wens tot regeling van een mogelijkheid tot ambulante dwangbehandeling verwoord, al wordt daarbij aangetekend, dat zo'n maatregel niet voor alle categorieën patiënten geschikt zal zijn." (p. 104-105)

"Door velen is gepleit voor invoering van de mogelijkheid tot zogenaamde ambulante dwangbehandeling. Het valt op dat onder dit begrip niet steeds hetzelfde wordt verstaan, al lijken de gedachten veelal uit te gaan naar een voorwaardelijke maatregel, dat wil zeggen een rechterlijke machtiging tot onvrijwillige opname die pas wordt geëffectueerd als de patiënt zich aan de afgesproken behandeling onttrekt. In de ogen van de commissie kan dit mogelijk een zinvolle aanvulling zijn op de huidige wettelijke interventiemogelijkheden, ook omdat dit ertoe kan bijdragen dat minder vaak tot het 'ultimum remedium' van een onvoorwaardelijke rechterlijke maatregel hoeft te worden overgegaan.

Een en ander roept echter zeker ook vragen op, enerzijds ten aanzien van de praktische uitvoerbaarheid en de feitelijke meerwaarde van zo'n voorziening, anderzijds betreffende de juridische waarborgen en vormgeving (wat zouden bijvoorbeeld de criteria moeten zijn voor het verlenen van zo'n voorwaardelijke machtiging?). De commissie meent dat nader onderzoek naar de wenselijkheid van een dergelijke voorwaardelijke machtiging, respectievelijk naar de juridische modaliteiten ervan, gewenst is." (p. 107-108)

Bijlage 2

De standaardformulering van de wilsverklaring in Oregon

De standaardformulering van de wilsverklaring in **Oregon**, zoals opgenomen in de betreffende wet (Senate Bill 859, section 15) luidt als volgt:

DECLARATION FOR MENTAL HEALTH TREATMENT

I, _____, being an adult of sound mind, willfully and voluntarily make this declaration for mental health treatment to be followed if it is determined by a court or by two physicians that my ability to receive and evaluate information effectively or communicate decisions is impaired to such an extent that I lack the capacity to refuse or consent to mental health treatment. "Mental health treatment" means convulsive treatment, treatment of mental illness with psychoactive medication, and admission to and retention in a health care facility for a period up to 17 days.

I understand that I may become incapable of giving or withholding informed consent for mental health treatment due to the symptoms of a diagnosed mental disorder. These symptoms may include:

PSYCHOACTIVE MEDICATIONS

If I become incapable of giving or withholding informed consent for mental health treatment, my wishes regarding psychoactive medications are as follows:

I consent to the administration of the following medications:

I do not consent to the administration of the following medications:

Conditions or limitations:

CONVULSIVE TREATMENT

If I become incapable of giving or withholding informed consent for mental health treatment, my wishes regarding convulsive treatment are as follows:

I consent to the administration of convulsive treatment.

I do not consent to the administration of convulsive treatment.

Conditions or limitations:

ADMISSION TO AND RETENTION IN FACILITY

If I become incapable of giving or withholding informed consent for mental health treatment, my wishes regarding admission to and retention in a health care facility for mental health treatment are as follows:

I consent to being admitted to a health care facility for mental health treatment.

I do not consent to being admitted to a health care facility for mental health treatment.

This directive cannot, by law, provide consent to retain me in a facility for more than 17 days.

Conditions or limitations:

ADDITIONAL REFERENCES OR INSTRUCTIONS

_____ Conditions or limitations:

Bijlage 3

De wet in Maine

De wet in **Maine** bevat de volgende model-verklaring:

DECLARATION

I. Statement of Declarant

Declaration made this.....day of.....(month, year). I,, being of sound mind, willfully and voluntarily make known my desire that medical treatment as outlined below, including the administration of psychotropic drugs if necessary, be provided to me under the circumstances set forth below, and do hereby declare:

If at any time I should lapse into a psychotic condition as determined by 2 physicians who have personally examined me, one of whom is my attending physician and the physicians have determined that I am unable to make decisions concerning my medical treatment, and that without medical treatment my condition will result in my being gravely disabled and in my posing a serious danger to myself or to others and when medical treatment would serve to remedy the condition and prevent potential or further harm to myself or to others, I direct that the following personal medical treatment plan, including the elements checked below, be provided to me and be carried out:

(...) Psychotropic drugs (specify) ...

(...) Hospitalization if necessary

(...) Counseling

(...) Therapy involving my family members or friends

(...) (Other treatment) ...

... In the absence of my ability to give directions regarding the provision of medical treatment, it is my intention that this declaration be honored by my family and physician(s) as my legal informed consent to receive medical treatment.

My instructions must prevail even if they create a conflict with the

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

desires of my relatives. This declaration controls in all circumstances.

I understand the full import of this declaration and declare that I am emotionally and mentally competent at this time to make this declaration.

Signed...
Address...

II. Statement of Witnesses

I am at least 18 years of age and am not related to the declarant by blood, marriage or adoption or the attending physician, an employee of the attending physician or an employee of the health care facility in which the declarant is a patient.

The declarant is personally known to me and I believe the declarant to be of sound mind at this time of execution.

Witness...
Address...
Witness...
Address...

III. Notarization

Subscribed, sworn to and acknowledged before me by, the declarant, and subscribed and sworn before me by..... and, thisday of....., 19..

(Seal) Signed.....
.....
(official capacity of officer)

Bijlage 4

Gegevens BOPZ-evaluatie met betrekking tot zelfbindingsverklaringen

In *rapport 3* van de Evaluatiecommissie wordt melding gemaakt dat er 'veel telefonische reacties kwamen over vrijwillige dwangopnamen.' Veel van de reacties bleken afkomstig van psychiaters die werkzaam zijn in psychiatrische ziekenhuizen.

"Hun reacties komen erop neer dat zij het een gemis vinden dat het door de Wet bopz onmogelijk is mensen tijdens hun psychose tegen hun wil op te nemen terwijl diezelfde mensen wanneer zij niet te lijden hebben onder hun psychose, aangeven dat zodra de psychose de kop op steekt zij gedwongen opgenomen willen worden. Dezelfde reacties zijn ook vernomen van patiënten zelf en van familieleden van patiënten met een geestesstoornis. Genoemde groepen stellen voor om de mogelijkheid van zelfbindingscontracten in de Wet bopz op te nemen." (p. 67)

De auteurs van rapport 3 doen een krachtige aanbeveling:

"Om aan te sluiten bij wensen in de maatschappij zouden in de Wet bopz de begrippen zelfbindingscontract en rm met ambulante dwangbehandeling moeten worden opgenomen. Met het zelfbindingscontract kunnen met name psychotici worden geholpen. Met de invoering van de tweede mogelijkheid kunnen psychiatrische ziekenhuizen worden ontlast en kunnen mensen die anders gedwongen opgenomen moeten worden, verder leven in hun eigen sociale omgeving." (p. 118)

In *rapport 10* wordt ook aandacht besteed aan zelfbindingscontracten.

"Psychiaters en rechters is gevraagd naar hun oordeel over deze zelfbindingscontracten, mede in het licht van de groep patiënten die, eenmaal buiten het APZ, veelvuldig terugvalt. Zowel rechters als psychiaters zijn overwegend negatief over de voordelen van en de juridische mogelijkheden voor zelfbindingscontracten. Dergelijke contracten zouden juridisch geen enkele waarde hebben en ook niet kunnen krijgen in de toekomst. Een rechter: '*een zelfbindingscontract is een braaf idee, maar gedoemd tot mislukken omdat het*

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

principeel juridisch onmogelijk is. Het basisprincipe van het recht, dat je iedere overeenkomst kunt herroepen wordt geschonden.' Veel psychiaters voeren aan dat het zelfbindingscontract een eenzijdige verbrekingsmogelijkheid heeft voor patiënten en zeggen ook in de praktijk daar nadelen van te hebben ondervonden. Sommige rechters voeren aan dat een zelfbindingscontract wel zou kunnen meewegen in de beoordeling bij IBS-en of VM-en.

Een psychiater noemt het zelfbindingscontract een '*goede therapeutische metafoor*'. Naast het feit dat het contract juridisch geen waarde heeft, tonen veel psychiaters zich uit ethische overwegingen huiverig tegenover het idee.

Termen als '*een heel link type afspraak*', '*zeer gevoelig*' en '*gevaarlijk*' werden in dit verband gebruikt. Het misbruik van het contract zou op de loer liggen: '*je gaat dan wettelijk vastleggen dat iemand wilsonbekwaam is.*' Ook ontstaan er volgens psychiaters inschattingsproblemen en worden artsen in hun beoordeling bijvoorbeeld afhankelijker van familieleden als deze tegenover weigerachtige patiënten verwijzen naar het zelfbindingscontract. Een psychiater: '*dan kies ik liever voor toch maar weer onderhandelen.*'

Een kleiner deel van de psychiaters ziet wel mogelijkheden in het zelfbindingscontract en noemt als grote voordeel dat de patiënt hier actief in betrokken is, en dat ook vaak de partner van de patiënt actief bij de behandeling wordt betrokken. Zoals gezegd, ook rechters toonden zich overwegend terughoudend ten opzichte van het zelfbindingscontract, enkelen van hen hadden ook nog niet eerder van het zelfbindingscontract gehoord. Er is volgens rechters te weinig toetsing van buitenaf bij een dergelijk contract. Rechters zien eveneens vooral juridische obstakels. Ook zijn enkele rechters van mening dat de BOPZ al een equivalent bezit voor het zelfbindingscontract in de vorm van de Machtiging op eigen verzoek." (p. 56-57)

Het is opvallend dat het zelfbindingscontract in *rapport 2* (Evaluatierapport) in eerste instantie vooral in negatieve bewoordingen wordt beschreven, die vooral aansluiten bij de gegevens uit rapport 10.

"In het onderzoek blijken zelfbindingscontracten veel minder weerklank te vinden (dan ambulante dwangbehandeling, R.B.), zowel bij rechters als bij psychiaters. Zij vinden dat naast mogelijk machtsmisbruik en oncontroleerbaarheid van

behandelaars, juridische obstakels de invoering van zelfbindingscontracten in de weg staan." (p. 105)

"Over de wenselijkheid van invoering van 'zelfbindingsverklaringen' of '-contracten' wordt blijkaar verschillend gedacht. Ondanks de in dit onderzoek door ondervraagde rechters en psychiaters geuite bezwaren, meent de commissie toch, dat ook deze suggestie nader onderzoek verdient. Een punt van overweging daarbij is, dat bij zelfbinding meer dan bij eventuele ambulante dwangbehandeling recht wordt gedaan aan het beginsel van zelfbeschikking dat ook voor de wetgever van de Wet bopz een belangrijk uitgangspunt is geweest. Uit dat nadere onderzoek zou onder meer moeten blijken dat het mogelijk is het gebruik van zelfbindingsverklaringen met voldoende juridische waarborgen te omgeven." (p. 108)

De Evaluatiecommissie concludeert:

"Van de verschillende suggesties die zijn gedaan om de mogelijkheden tot behandeling van patiënten die (potentieel) verkommeren of verloederen te vergroten, kunnen naast het bereidheidscriterium door verzet, vooral worden genoemd de mogelijkheid van zogenaamde ambulante dwangbehandeling (in de zin van een 'voorwaardelijke machtiging') respectievelijk van zelfbindingsverklaringen. De commissie acht het mogelijk dat dit zinvolle aanvullingen zijn op de interventiemogelijkheden die het huidige wettelijke kader biedt. Voor een afgewogen oordeel over eventuele invoering is echter nader onderzoek nodig." (p. 130)

Aanbeveling 40 van de Evaluatiecommissie is dan ook weer positiever geformuleerd:

"In de ogen van de commissie kan introductie van een 'voorwaardelijke machtiging' en/of de mogelijkheid tot 'zelfbinding' ten aanzien van behandeling, mogelijk een zinvolle aanvulling zijn op de huidige wettelijke interventiemogelijkheden. Nader onderzoek naar de wenselijkheid respectievelijk de juridische implicaties en vormgeving van beide alternatieven wordt aanbevolen."

Bijlage 5

Literatuur

- Amador, X.F., *et al.* Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1991, nr. 1, p.113-132.
- Amador, X.F., *et al.* Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1994, nr. 51, p. 826-836.
- American Psychiatric Association (APA). *Involuntary commitment to outpatient treatment. Report of the task force on involuntary outpatient commitment.* Washington D.C.: APA, 1987.
- Anscombe, R. Treating the patient who "can't" versus treating the patient who "won't". *American Journal of Psychotherapy*, 1986, nr. 40, p. 26-35.
- Appelbaum, P.S. Outpatient commitment: the problems and the promise. *American Journal of Psychiatry*, 1986, nr. 143, p. 1270-1272.
- Appelbaum, P.S. Advance directives for psychiatric treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 1991, nr. 42, p. 983-984.
- Asperen, G.M van. *Autonomie en paternalisme.* In: D Bauduin (red). *Andermans eigenbelang. Morele dilemma's in de geestelijke gezondheidszorg.* Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1986, 153-159.
- Bachrach, L.L. Is the least restrictive environment always the best? Sociological and semantic implications. *Hospital and Community Psychiatry*, 1980, nr. 31, p. 97-103.
- Backlar, P. The longing for order: Oregon's medical advance directive for mental health treatment. *Community Mental Health Journal*, 1995, nr. 32, p. 103-108.
- Backlar, P. en McFarland, B.H. A survey on use of advance directives for mental health treatment in Oregon. *Psychiatric Services*, 1996, 47, nr. 12, p. 1387-1389.

Bauduin, D. (red.). *Andermans eigenbelang. Morele dilemma's in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1986.

Bayles, M.D. *A concept of coercion*. In: *Nomos XIV: Coercion*. (Roland Pennock, J. en Chapman J.W. Eds.), 1972, p. 16-29.

Bean, P. en Mounser, P. Community care and the discharge of patients from mental hospitals. *Law, Medicine en Health Care*, 1989, 17, nr. 2, p. 166-173.

Beauchamp, T.L. en Childress, J.F. *Principles of biomedical ethics*. Third edition. New York/Oxford: Oxford University Press, 1989.

Beaufort, I.D. de. *Over de ethiek van het bemoeien*. (Trimboslezing 1994) Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1994.

Beld, B. van den. Dwangbehandeling bij onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten. *Ars Aequi*, 1989, 38, nr. 11, p. 915-921.

Bennett, N.S., *et al.* Inclusion, motivation, and good faith: the morality of coercion in mental hospital admission. *Behavioral Sciences and the Law*, 1993, nr. 11, p. 295-306.

Berghmans, R.L.P. *Dwangtoepassing in de psychiatrie. Ethische kanttekeningen*. In: Have, H.A.M.J. ten e.a. (red.). *Ethiek en recht in de gezondheidszorg*. Lochem: De Tijdstroom, 1990, p. XXI 101-126.

Berghmans, R.L.P. *Om bestwil*. Paternalisme in de psychiatrie. Amsterdam: Thesis Publishers, 1992.

Berghmans, R.L.P. Zelfbinding in de psychiatrie. Ethische aspecten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1994, nr. 36, p. 625-638.

Berghmans, R.L.P. Ambulante dwangbehandeling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1995, nr. 50, p. 42-47.

Berghmans R.L.P. *Paternalisme en wilsbekwaamheid in de geestelijke gezondheidszorg*. In: Deskundigen en hun diagnose. Het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap. Nieuwe Reeks 7. Arnhem: Gouda Quint, 1996, 23-45.

Berghmans R.L.P. *Coercive treatment in psychiatry*. In: Encyclopedia of Applied Ethics. (R. Chatwick, Ed.) (in druk)

Berghmans, R.L.P. en Legemaate, J. De juridische merites van het zelfbindingscontract. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1996, 51, p.

Berghmans, R.L.P., et al. *Ethical aspects of coercive supervision and/or treatment of uncooperative psychiatric patients in the community*. Report to the European Commission, DG-XII Science, Research and Development, within the 'Biomedical and Health Research Programme' BIOMED 1. Maastricht: 1996.

Beyaert, F.H.L. Het Turkse meisje. Het 'te' liberale beleid van 'Amsterdam'. *Proces*, 1993, nr. 5, p. 74-75.

Birley, J. Community treatment orders: do we need them? *Journal of Forensic Psychiatry*, 1991, nr. 3, p. 176-178.

Bluglass, R. Maintaining the treatment of mentally ill people in the community. Some compulsion is necessary, but for supervision, not treatment. *British Medical Journal*, 1993a, nr. 306, 159-160.

Bluglass, R. New powers of supervised discharge of mentally ill people. The current compromise reflects the lack of consensus. *British Medical Journal*, 1993b, nr. 307, p. 1160.

Bluglass, R. *Ethical aspects of coercive supervision and/or treatment of uncooperative patients in the community*. England and Wales. In: Berghmans et al. (1996), p. 69-99.

Boisaubin, E.V. *Competency judgments: case studies from the internist's perspective*. In: MAG Cutter en EE Shelp (eds.) Competency. A study of informal competency determinations in primary care. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1991, p. 167-177.

Borssum Waalkes, J.B. van. *Algemene probleemstelling*. In: Wijmen FCB van, JB van Borssum Waalkes en FJA Beumer

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

(red.). Zelfbeschikking van mensen met schizofrenie. Voor-
drachten symposium Schizofrenie Stichting Nederland. Soester-
berg: Schizofrenie Stichting Nederland, 1995, p. 7-12.

Braake, T.H.A.M. te. Een noodzakelijk kwaad. Rechter en wetge-
ver over dwangtoepassing in de psychiatrie. *Tijdschrift voor*
Geneeskunde en Ethiek, 1992, nr. 1, p. 12-16.

Brahams, D. Treatment of uncooperative psychiatric patients in
the community. Mental Health Act in need of reform. *The Lancet*,
1986, p. 863-864.

Brock, D.W. Decisionmaking competence and risk. *Bioethics*,
1991, nr. 2, p. 105-112.

Brock, D.W. A proposal for the use of advance directives in the
treatment of incompetent mentally ill persons. *Bioethics*, 1993, nr.
2/3, p. 247-256.

Brody, B. *Prediction of dangerousness in different contexts*. In: R
Rosner en R Weinstock (eds.). Ethical practice in psychiatry and
the law. Critical issues in American psychiatry and the law,
Volume 7. New York/London: Plenum Press, 1990, p. 185-196.

Brouwer, F. Ambulante dwangbehandeling. *Maandblad Geeste-
lijke volksgezondheid*, 1995, nr. 1, p. 48-49.

Brouwer de Koning-Breuker, K.M. en Hageman-Smit, J. Gedwon-
gen opnemng: de toets van gevaar. *Tijdschrift voor Gezondheids-
recht*, 1986, p. 255-265.

Bruyn, A.J. de. De vrijheid van de verpleegde geesteszieke. *Ne-
derlands Juristenblad*, 1971, p. 897-907.

Buchanan, A.E. en Brock, D.W. *Deciding for others. The ethics of*
surrogate decision making. Cambridge: Cambridge University
Press, 1989.

Bullens, R.A.R. Ambulante behandeling van seksuele delinquen-
ten binnen een verplichtend justitieel kader. *Justitiële Verkenni-
ngen*, 1991, nr. 2, p. 90-105.

Chen, A. Noncompliance in community psychiatry: a review of
clinical interventions. *Hospital and Community Psychiatry*, 1991,

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

nr. 3, p. 282-287.

Childress, J. *Who should decide? Paternalism in health care*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1982.

Cohen Stuart, M.H. Wet bopz zonder psychiater? *Medisch Contact*, 1982, nr. 19, p. 565-567.

Cohen Stuart, M.H. Psychiatrische hulp in juridisch dwangjak. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1983, nr. 52, p. 2384-2385.

Cohen Stuart, M.H. Legalisme en psychiatrie. *Medisch Contact*, 1986, nr. 41, p. 1210-1212.

Corrigan, P.W., Liberman, R.P. en Engel, J.D. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990, nr. 11, p. 1203-1211.

Cowen, T. Self-constraint versus self-liberation. *Ethics*, 1991, nr. 101, p. 360-373.

Cuesta, M.J. en Peralta, V. Lack of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1994, nr. 2, p. 359-366.

Cuffel, B.J., *et al.* Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1996, nr. 11, p. 653-659.

David, A.S. Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 1990, p. 798-808.

Delden, J.J.M van. *Het nalaten van medische behandelingen bij meerderjarige wilsonbekwame mensen*. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991; publikatie A91/4.

Dennis, D.L. en Monahan, J. (eds.). *Coercion and aggressive community treatment: a new frontier in mental health law*. New York City: Plenum Press, 1996.

Diamond, R.J. en Wikler, D.I. Ethical problems in community treatment of the chronically mentally ill. In: Stein, L.I. and Test, M.A. (eds.). *The training in community living model: a decade of experience*. San Francisco: Jossey-Bass, 1985.

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

Derks, F.C.H. Praktijkervaringen rond de TBS met aanwijzingen. *Delict en Delinquent*, 1993, 23, nr. 1, p. 29-37.

Dresser, R. Bound to treatment: the Ulysses contract. Should mental patients consent to commitment in advance? *The Hastings Center Report*, 1984, p. 13-16.

Dunn, J. Compulsory treatment in the community. *British Medical Journal*, 1989, 298, p. 1647.

Dunn, J. Community treatment orders: do we need them? *Journal of Forensic Psychiatry*, 1991, nr. 2, 153-166.

Tweede Kamer der Staten Generaal. *Dwang en drang in de hulpverlening aan verslaafden*. 's Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1987-1988, 20415, nrs. 1-2.

Dworkin, R. *Taking rights seriously*. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press, 1977.

Eastman, N. Anti-therapeutic community mental health law. Rules cannot substitute for resources. *British Medical Journal*, 1995, nr. 310, p. 1081-1082.

Eastman, N.L.G. en Hope, R.A. The ethics of enforced medical treatment: the balance model. *Journal of Applied Philosophy*, 1988, 5, nr. 1, p. 49-59.

Eijk-Osterholt, C van. *Laten ze het maar voelen. Vijfentwintig jaar belangenbehartiging voor een verpleegde*. Amsterdam: Van Gennep, 1972 (aangevulde herdruk 1981).

Elias, N. *Ueber den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*. Bern/München: Francke Verlag, 1969 (oorspr. Basel 1939).

Eradus, C.M.T. Behandelen in een strafrechtelijk kader: beperkingen en mogelijkheden. In: *De Goei*, 1993, 43-49.

Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. *Evaluatie Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen*. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995-1996. 11 dl.

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

Feinberg, J. Harm and self-interest. In: Hacker, P.M.S. en Raz, J. (Eds.). *Law, morality and society. Essays in honour of H.L.A. Hart*. Oxford: Clarendon Press, 1977, p. 285-308.

Feinberg, J. *Rights, justice, and the bounds of liberty. Essays in social philosophy*. Princeton: University Press, 1980.

Feinberg, J. *The moral limits of the criminal law. Vol. I: Harm to others*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1985.

Feinberg, J. *The moral limits of the criminal law. Vol. II: Offense to others*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1985.

Feinberg, J. *The moral limits of the criminal law. Vol. III: Harm to self*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1986.

Feinberg, J. *The moral limits of the criminal law. Vol. IV: Harmless wrongdoing*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1988.

Fennell, P. Balancing care and control: guardianship, community treatment orders and patient safeguards. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1992, nr. 15, p. 205-235.

Fennell, P. *Treatment without consent: law, psychiatry and the treatment of mentally disordered people since 1845*. Routledge: S.n., 1996.

Franchimont, M. en Klippe, H. van de. *Op de drempel van de BOPZ. De interne rechtspositie van psychiatrische patiënten vóór invoering van de Wet bopz*. Utrecht: NcGv, 1994.

Frid, A., Ippel, P. en Laurs, P. *Jij liever dan ik. De psychiatrische patiënt: wat heeft hij te vertellen?* 's-Gravenhage: Vuga, 1980.

Fromberg, E. (red.) *Tussen Hippocrates en Hermandad; de rol van dwang bij de behandeling van verslaafden*. Bussum: KGOD, 1987.

Fuller Torrey, E. en Kaplan, R.J. A national survey on the use of outpatient commitment. *Psychiatric Services*, 1995, 46, nr. 8, p. 778-784.

Geller, J.L. Rights, wrongs, and the dilemma of coerced community treatment. *American Journal of Psychiatry*, 1986, 143, nr. 10, p. 1259-1264.

Geller, J.L. Clinical guidelines for the use of involuntary outpatient treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990, 41, nr. 7, p. 749-752.

Geller, J.L. 'Anyplace but the state hospital': examining assumptions about the benefits of admission diversion. *Hospital and Community Psychiatry*, 1991a, 42, p. 2, 145-152.

Geller, J.L. Rx: a tincture of coercion in outpatient treatment? *Hospital and Community Psychiatry*, 1991b, 42, nr. 10, p. 1068-1070.

Geller, J.L. Clinical encounters with outpatient coercion at the CMHC: questions of implementation and efficacy. *Community Mental Health Journal*, 1992, 28, nr. 2, 81-94.

Geller, J.L. A biopsychosocial rationale for coerced community treatment in the management of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 1995, nr. 66, p. 219-235.

Gert, B. *Coercion and freedom*. In: Roland Pennock, J. Chapman, JW (Eds.) *Nomos XIV: Coercion*, 1972, p. 30-48.

Gevers, J.K.M. Behandeling onder dwang. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1985, 129, nr. 23, p. 1085-1088.

Gezondheidsraad. *Commissie Ethische en juridische aspecten van TBC-bestrijding. Dwang en drang in de tuberculosebestrijding*. Den Haag: Gezondheidsraad, 1996.

Ghaemi, S.N. en Pope, H.G. Lack of insight in psychotic and affective disorders: a review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 1994, 2, nr. 1, p. 22-33.

Giel, R. Onze moeite met moeilijke mensen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1984, 26, nr. 4, p. 244-261.

Ginneken, P van. Vertrouwen in plaats van angst. Krisisinterventie in plaats van KZ-wet (BOPZ). *Maandblad Geestelijke*

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

volksgezondheid, 1975, nr. 30, p. 589-593.

Ginneken, P van. 'Een zodanig gevaar'. *Het gevaarscriterium bij gedwongen opneming in een psychiatrisch ziekenhuis*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1993.

Ginneken, P van. Het gevaarscriterium bij onvrijwillige opneming in een psychiatrisch ziekenhuis. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1994, nr. 49, p. 651-667.

Ginneken, P van. De juridische merites van het zelfbindingscontract. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1996, 51, nr. 1, p. 36-41.

Ginneken, P van, Poletiek, F en Acker, N van den. *Drie criteria voor onvrijwillige opneming in psychiatrische ziekenhuizen*. Utrecht: NcGv, 1996.

Ginneken, P van, Buuren, J van. *Zal wel loslopen? Zeventien gevallen die niet uitliepen op een dwangopname*. Utrecht: NcGv, 1994.

Goei, L de (red.). *Aan de andere kant. De grenzen van GGZ en forensische psychiatrie*. Utrecht: NcGv, 1993.

Gutheil, T.G. In search of true freedom: drug refusal, involuntary medication, and 'rotting with your rights on'. *American Journal of Psychiatry*, 1980, 137, p. 327-328.

Hart, H.L.A. *Law, liberty and morality*. Oxford: University Press, 1963.

Hassing, W.M.J, Lent, T.V. van en Velden, M van der. De psychiater en de BOPZ: maatschappijhoeder of behandelaar. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1995, 37, nr. 5, p. 433-438.

Heerma van Voss, A.J. De geschiedenis van de gekkenbeweging. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1978, 33, nr. 6, p. 398-428.

Heerma van Voss, A.J. Bestwil, onwil, weerwil. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1991, 46, p. 110-111.

Henselmans, H. Zichtbare psychiatrie en het bestwilgevaar.

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 1992, nr. 10, p. 1180-1181.

Henselmans, H. *Bemoeizorg: ongevraagde hulp voor psychotische patiënten*. Delft: Eburon, 1993.

Henselmans, H.W.J., *et al.* Bemoeizorg. Strategieën in de zorg voor ambulante patiënten met langdurige psychiatrische problemen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1991, nr. 46, p. 1193-1205.

Hiday V.A., Scheid-Cook, T.L. The North Carolina experience with outpatient commitment: a critical appraisal. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1987, nr. 10, p. 215-232.

Hiday V.A., Scheid-Cook, T.L. A follow-up of chronic patients committed to outpatient treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 1989, 40, nr. 1, p. 52-59.

Hiday V.A., Scheid-Cook T.L. Outpatient commitment for 're-volving door' patients: compliance and treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1991, nr. 179, p. 83-88.

Hirsch, S. Clinical treatment of schizophrenia. In: Bradley P. en Hirsch, S. (eds.). *The psychopharmacology and treatment of schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press, 1986.

Hoogduin, C.A.L. *Predictie in de psychiatrie*. Nijmegen: Bureau Bêta, 1989.

Huijbregts, V. Wilsverklaring kan schade voorkomen. *Mentaal*, 1996, nr. 12, p. 4-6.

Hunsche, P. Autonomie in dwang? De noodzaak van het 'zelfbindingscontract'. *Deviant*, 1994a, nr. 1, p. 4-5.

Hunsche, P. Een opname onder dwang, maar toch vrijwillig. *Trouw*, 13 augustus 1994b.

Hunsche, P. De praktische waarde van het zelfbindingscontract. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1996, 51, nr. 9, p. 919-922.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Gevaar in de Wet bopz. Het*

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

gevaarscriterium bij opname. Rijswijk, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1995.

Jacobs, F. *Ten overstaan van allen. Universalisering in de ethiek*. S.l.: S.n., 1985

Janssen, M. en Donker, M. Psychiatrische besluitvorming rond gedwongen opname. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1989, nr. 44, p. 619-

Janssen M, Jonge, M. de, Pols, J. *Dwang in de psychiatrie. Dilemma's, feiten, ervaringen en alternatieven*. Amsterdam: Babylon-De Geus, 1995.

Jenner, J.A. Wie wordt er beschermd door het wetsvoorstel BOPZ? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1985, 27, nr. 3, p. 152-159.

Jonsen, A.R. Ethical issues in compliance. In: Haynes, R.B. *et al.* (eds.) *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.

Junger-Tas, J. Vrijwilligheid en dwang in hulpverlening en behandeling. *Justitiële Verkenningen*, 1991, nr. 2.

Kaasenbrood, A. De psychiater en het gevaarscriterium. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1988, 30, nr. 10, p. 679-691.

Kaasenbrood, A. Krankzinnigheid, diagnostiek in wettelijk perspectief. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1989, 31, nr. 7, p. 460-473.

Kligman, M. en Culver, C.M. A analysis of interpersonal manipulation. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1992, nr. 17, p. 173-197.

Klippe, C.J. van de. *De rechterlijke machtiging; een literatuurstudie*. Utrecht: Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, 1980.

Klippe, C.J. van de. Drie visies op dwangopname. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1980, nr. 2, p. 117-132.

Klippe, C.J. van de. *Dwangtoepassing in de psychiatrie. Een kritisch literatuuronderzoek naar de rechtsontwikkeling inzake*

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

dwang na dwangopname. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1986.

Klippe, C.J. van de. Wilsonbekwaamheid in de psychiatrie: zes benaderingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1990, nr. 45, p. 123-138.

KNMG-Consult. Schriftelijke wilsverklaringen. Bijlage bij *Medisch Contact*, 1994, 49, nr. 14.

Koch, H.G., Reiter-Theil, S., Helmchen, H. (Eds.). *Informed consent in psychiatry. European perspectives of ethics, law and clinical practice*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1996.

Koenraadt, F. en Hermans, P.J. *De marges van dwangtoepassing in de psychiatrie*. Utrecht/Bennebroek: S.n. 1989.

Kortmann, F.A.M. Legaal verwaarlozen of illegaal behandelen? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1988, 43, nr. 11, p. 1243-1247.

Kortmann, F.A.M. Dwang in de psychiatrie; patiëntenrechten en beroepsethiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1995, nr. 10, p. 759-768.

Krul-Steketee, J. Gedwongen toediening van geneesmiddelen bij psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1982, nr. 6, p. 224-233.

Krul-Steketee, J. Gedwongen medicatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1991, 135, nr. 29, p. 1326-1328.

Kuilman, M. Over dwangmaatregelen in de psychiatrie. In: Have, H.A.M.J. ten e.a. (red). *Ethiek en recht in de gezondheidszorg*. Deventer: Kluwer, 1990.

Lauris, P.J.H. *Recht voor psychiatrische patiënten. Een onderzoek naar de rechtsbescherming ten behoeve van psychiatrische patiënten*. Arnhem: Gouda Quint, 1988.

Lauris, P.J.H. Dwangtoepassing in de psychiatrie. Juridische aspecten. In: Have, H.A.M.J. ten e.a. (red). *Ethiek en recht in de gezondheidszorg*. Deventer: Kluwer, 1991a.

Lauris, P.J.H. (red). *Dwang en zelfbeschikking in de psychiatrie*. Utrecht: Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht, 1991b.

Lavin, M. Who should be committable? *Philosophy, Psychiatry en Psychology*, 1995, nr. 2, p. 35-47.

Leenen, H.J.J. *Handboek gezondheidsrecht*. Deel 1. Rechten van mensen in de gezondheidszorg. Alphen aan den Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink, 1994.

Legemaate, J. De opkomst van de ambulante dwangbehandeling. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1989, nr. 13, p. 355-361.

Legemaate, J. *De rechtspositie van vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten*. Arnhem: Gouda Quint, 1991.

Legemaate, J. *De onvrijwillige opneming in een psychiatrisch ziekenhuis. Een onderzoek naar de wetgeving in een aantal Europese landen*. Maarssen: S.n., 1992a.

Legemaate, J. Onvrijwillige opneming: recente Europese ontwikkelingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1992b, nr. 47, p. 1329-1343.

Legemaate, J. Dwangbehandeling en noodsituaties. Een analyse van de artikelen 38 en 39 BOPZ. In: *Overheid en patiënt. Ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*. Liber Amicorum prof. dr. N.W. de Smit. Arnhem: Gouda Quint, 1993.

Legemaate, J. *Recht en realiteit. Juridische normering en het therapeutisch proces*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994a.

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

Legemaate, J. Zorgverlening tussen vrijheid en dwang: het juridisch perspectief. In: Wijmen, F.C.B. van, Borssum Waalkes, J.B. van en Beumer, F.J.A. (red.). *Zelfbeschikking van mensen met schizofrenie*. Soesterberg: S.n., 1995.

Leijten, J.C.M. *Welzijn, vrijheid en dwang*. Enkele beschouwingen over gedwongen opneming in een inrichting van personen met een

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

geestelijke stoornis. Preadvis uitgebracht ten behoeve van de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht, 11 april 1986. S.l.: S.n., 1986.

Leuw, E. Legitimititeit en effectiviteit van verslavingszorg in justitiële kaders. *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs*, 1990, 16, nr. 4, p. 142-149.

Leuw, E. *De tbs met aanwijzing. De toepassing van en professionele oordelen over een strafrechtelijke maatregel*. Arnhem: Gouda Quint, 1993a.

Leuw, E. De tbs met aanwijzing. Gemiste kans of doodgeboren kind. *Justitiële Verkenningen*, 1993b, 19, nr. 3, p. 96-115.

Lionarons, W.H. Gedwongen opnemng van druggebruikers? *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs*, 1989, 15, nr. 1, p. 15-24.

Maine Revised Statutes Annotated. Title 34-B. *Mental Health and Mental Retardation*. Chapter 11. Medical Treatment of Psychotic Disorders. (7-14-93)

Marle, H.J.C van. Voorspellen van gevaarlijkheid: consensus gewenst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1992, 34, nr. 4, p. 281-290.

Marle, H.J.C. van. *De hang naar dwang*. Arnhem: Gouda Quint, 1993.

McEvoy JP, et al. Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Comprehensive Psychiatry*, 1989, 30, nr. 1, p. 13-17.

Meijring, K.H. Hulpverlening aan verslaafden via dwang of drang. *Proces*, 1988, p. 298-302.

Mental Health Treatment Preference Declaration Act and Mental Health Amendments. Illinois: Session Laws, 1995. Public Act 89-439, S.B. 293.

Mill, J.S. *On liberty*. S.l.: S.n., 1859.

Miller, R.D. Outpatient civil commitment of the mentally ill: an overview and an update. *Behavioral Sciences en the Law*, 1988, 6, nr. 1, p. 99-118.

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

Miller, R. The ethics of involuntary commitment to mental health treatment. In: Bloch, S, Chodoff, P. (Eds.). *Psychiatric ethics*. Second edition. Oxford, New York, Melbourne: Oxford University Press, 1991a.

Miller, R.D. Involuntary civil commitment. In: Simon, R.I. (ed.). *Review of clinical psychiatry and the law*. Vol.II. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1991b.

Miller, R. An update on involuntary outpatient commitment to outpatient treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 1992, 43, 1, p. 79-81.

Ministerie van Justitie. *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*. Den Haag: Ministerie van Justitie, 1994.

Mooij, A.W.M. *Op het grensvlak van psychiatrie en recht*. Arnhem: Gouda Quint, 1989.

Mulvey, E.P., Geller, J.L. en Roth, L.H. The promise and peril of involuntary outpatient commitment. *American Psychologist*, 1987, 42, nr. 6, p. 571-584.

Munetz, M.R., *et al.* The effectiveness of outpatient civil commitment. *Psychiatric Services*, 1996, 47, nr. 11, p. 1251-1253.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Wéldeen of niet doen. Zorgvuldig handelen bij toepassing van dwang en drang in de geestelijke gezondheidszorg*. Discussienota. Zoetermeer: NRV, 1992.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Thuisloosheid en psychische stoornissen*. Zoetermeer: NRV, 1993.

Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Verslavingszorg *Werkplan drang op maat. Operationalisering van dwang en drang met betrekking tot de hulpverlening aan verslaafden*. Utrecht, NeVIV, 1993.

Noorlander, E.A. Verslaafden en de Wet bopz. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1994, 49, nr. 11, p. 1233-1237.

Oenen, F.J. van, Bernardt C., Post, L. van der. Zorgwekkende zorgmijders. Een behandelmodel voor zorg mijdende chronische psychiatrische patiënten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1995, nr. 50, p. 595-608.

Overvoorde, P.P.J. Paternalistische aspecten van de BOPZ. *Filosofie en praktijk*, 1984, 5, nr. 2, p. 57-70.

Pandora, Stichting *Zelfbinding in de psychiatrie. Interimrapport van de werkgroep Zelfbinding in de psychiatrie*. Amsterdam: Stichting Pandora, 1996.

Parel, G. Wettelijke regeling zelfbinding ongewenst. *Deviant*, 1994, nr. 2, p. 5-6.

Paull, E. *In het land der blinden. Een martelgang door de psychiatrie*. Bilthoven: Ambo, 1973.

Pols, J. *Mythe en macht. Over de kritische psychiatrie van Thomas S. Szasz*. Nijmegen: Sun, 1984a.

Pols, J. De rechtvaardiging van de onvrijwillige psychiatrische opname. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1984b, 39, nr. 6, p. 627-642.

Pols, J. Zelfbeschikking in de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1990, 45, nr. 5, p. 476-493.

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

Ypsilon en Anoiksis. *Problemen met de Wet bopz*. Gevalsbeschrijvingen van de verenigingen Ypsilon en Anoiksis. Rotterdam: Ypsilon, 1995/1996.

Radden, J. Choosing to refuse. Patients rights and psychotropic medication. *Bioethics*, 1988, 2, nr. 2, p. 83-102.

Roscam Abbing, H.D.C. *Beslissen door de patiënt*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in het gezondheidsrecht aan de Universiteit van Utrecht. Houten/Zaventem: Bohn, Stafleu, Van Loghum, 1994.

Royal College of Psychiatrists. *Community treatment orders - a discussion document*. London: Royal College of Psychiatrists, 1987.

Royal College of Psychiatrists. *Community supervision orders: a report*. London: Royal College of Psychiatrists, 1993.

Ruscher, S.M., Wit, R. de en Mazmanian, D. Psychiatric patients' attitudes about medication and factors affecting noncompliance. *Psychiatric Services*, 1997, 48, nr. 1, p. 82-85.

Scheid-Cook, T.L. Commitment of the mentally ill to outpatient treatment. *Community Mental Health Journal*, 1987, nr. 23, p. 173-182.

Scheid-Cook, T.L. Outpatient commitment as both social control and least restrictive alternative. *The Sociological Quarterly*, 1991, 32, nr. 1, p. 43-60.

Schnabel, P. *Het recht om niet gestoord te worden. Naar een nieuwe sociologie van de psychiatrie*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1992.

Schnabel, P. *De weerbarstige geestesziekte. Naar een nieuwe sociologie van de geestelijke gezondheidszorg*. Nijmegen, S.n., 1995.

Senate Bill 859. 67th Oregon Legislative Assembly, 1993 Regular Session. Passed by Senate May 14, 1993; Repassed by Senate July 9, 1993.

Silvis, J. Dwang, drang en drugs. In: Janse de Jonge, J.A., Moerings, M. en Vliet, A. van (red.). *Binnen de steen van dit bestaan. Over rechtsbescherming en totale instituties*. Arnhem: Gouda Quint, 1993.

Slobogin, C. Involuntary community treatment of people who are violent and mentally ill: a legal analysis. *Hospital and Community Psychiatry*, 1994, 45, nr. 7, p. 685-689.

Smit, J. Reclassering en de t.b.s. zonder verpleging. *Proces*, 1991, 70, p. 284-295.

Smit, J. en Boogaart, M. *Gedwongen opnemings in Nederland. Een*

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

beschrijving van de rechtspleging in het kader van de Krankzinnigenwet. Deventer: Kluwer, 1989.

Soetenhorst-de Savornin Lohman, J. *Dwang om bestwil*. Deventer: Kluwer, 1977.

State of Oregon, Office of Mental Health Services, Mental Health and Developmental Disability Services Division. *Can I plan now for the mental health treatment I would want if I were in crisis? A guide to Oregon's declaration for mental health treatment*. Oregon: State of Oregon, 1994.

Stefan, S. Preventive commitment: the concept and its pitfalls. *Mental and Physical Disability Law Reporter*, 1987, 11, nr. 4, p. 288-302.

Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg. *Reactie ten behoeve van BOPZ-evaluatie*. 30 september 1996 (ongepubliceerd).

Stolk, P.J. Ongewenste gevolgen van rechtsbescherming in de psychiatrie. *Medisch Contact*, nr. 42, 1987, p. 376-

Stone, A. A response to comments on APA's model commitment law. *Hospital and Community Psychiatry*, 1985, 36, nr. 9, p. 984-989.

Swartz, M.S., *et al.* New directions in research on involuntary outpatient commitment. *Psychiatric Services*, 1995, 46, nr. 4, p. 381-385.

Tavolaro, K.B. Preventive outpatient civil commitment and the right to refuse treatment: can pragmatic realities and constitutional requirements be reconciled? *Medicine and Law*, 1992, nr. 11, p. 249-267.

Tholen, A.J. Wilsonbekwaamheid en de rechtvaardiging van het bestwilprincipe. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1990, nr. 45, p. 1154-1169.

Tholen, A.J. Opnemen en behandelen met de BOPZ. *Medisch Contact*, 1994, 49, nr. 27/28, p. 930-

Turck, L.H.J. de en Berg, A.M. van den. Een pleidooi voor ambu-

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

lante dwangbehandeling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1994, nr. 49, p. 1067-1083.

Turck, L.H.J. de en Berg, A.M. van den. Antwoord. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1995, nr. 50, p. 49-51.

Veen, E-B van. *Schriftelijke wilsverklaringen. Een juridische studie opgesteld op verzoek van de KNMG*. Utrecht: KNMG, 1993.

Veldhuizen, J.R. van. Psychiatrische zorg: thuis in Australië. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 1994, nr. 49, p. 290-303.

Vereniging voor Gezondheidsrecht. *Rapport inzake dwang en drang in het medisch handelen*. S.l.: Vereniging voor Gezondheidsrecht, 1978.

Vuijsje, H. *Lof der dwang*. Baarn: Anthos, 1989.

Warner-Zuidema, P.H. *Ambulante behandeling van plegers van seksuele delicten in een strafrechtelijk kader*. In: De Goei, 1993, 61-68.

Weersch, M. van. Vragen om dwang. *De Gazet*, 1995, nr. 3, p. 9-10.

Werkgroep Rechtspositie patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (Commissie van Dijk). *Eindrapport*. 's-Gravenhage: S.n., 1980.

Werkgroep Wilsonbekwaamheid. *Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid*. 's-Gravenhage: Ministerie van Justitie, 1994.

Wertheimer, A. *Coercion*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1987.

Ministerie van VWS. *Wet bopz Verkommerden en verloederden*. Rijswijk, 1996.

Widdershoven, T.P.J.C. Aantekeningen bij interne rechtspositie (art. 36 t/m 44 BOPZ). In: Laurs, P.J.H. *Handboek Opneming en Verblijf*. Arnhem: Gouda Quint, 1996.

Wilde, G. de, Bijl, R. *Afwenden van gevaar. Mogelijkheden om*

Beter (z)onder dwang. Achtergrondnota

buiten het psychiatrisch ziekenhuis gevaar af te wenden. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1993.

Wilk, R.J. Implications of involuntary outpatient commitment for community mental health agencies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1988, 58, nr. 4, p. 580-591.

Wijmen, F.C.B van. Goed patiëntschap als spiegelbeeld van verantwoorde zorg. Deventer: Kluwer, 1996.

Wijmen, F.C.B. van, Borssum Waalkes, J.B. van en Beumer F.J.A. (red.). *Zelfbeschikking van mensen met schizofrenie.* Voordrachten symposium Schizofrenie Stichting Nederland. Soesterberg: Schizofrenie Stichting Nederland, 1995.

Zelfbinding. *PVP krant*, mei 1996, p. 8-9.

Bijlage 6

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op gironummer 132937 ten name van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, onder vermelding van het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties van 1997 kost f 230,-.

December 1995

Volksgezondheid met beleid gratis

April 1996

96/01 Programmatische jeugdzorg 20,00

96/02 Planning en bouw in België en Duitsland 15,00

Juni 1996

96/03 Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen 20,00

Juli 1996

96/04 Sociale zekerheid en zorg 20,00

Augustus 1996

96/05 Hervreiding onbetaalde zorgarbeid 15,00

96/06 Fysiotherapie en oefentherapie 20,00

96/07 Preventie en ouderen 25,00

96/08 Achtergrondstudie Stand van zaken: preventie en ouderen 25,00

Oktober 1996

96/09 Informatietechnologie in de zorg 30,00

96/11 Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming 25,00

November 1996

96/10 Strategische beleidsvragen zorgsector 15,00

96/12 Thuis in de ggz 30,00

96/13 Achtergrondstudie Thuis in de ggz 25,00

Januari 1997

97/01 Adviesprogramma 1997 RVZ gratis

Beter (z)onder dwang? Advies

April 1997

97/02 Jaarverslag 1996 gratis

Mei 1997

97/04 Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid 25,00

Juni 1997

97/03 Waardebepaling geneesmiddelen als beleids-
instrument 25,00

Juli 1997

97/05 Met zorg wonen. Deel 1: De relatie tussen gezondheids-
zorg, dienstverlening en huisvesting 25,00

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,
Zoetermeer;
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,
Dordrecht, omslag
Uitgave: 1997
ISBN: 90-5732-020-7

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f20,--
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder
vermelding van publicatienummer 97/07*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg