

Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen



Evaluatie

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Den Haag, ZonMw
2002

Evaluatie

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Deelonderzoek 1: Verlof- en ontslagregeling in de psychiatrie

Research voor Beleid

Annemiek Nieuwstraten

Félicie van Vree

Christel Scholten

Den Haag: ZonMw, maart 2002

Reeks evaluatie regelgeving: deel 10-1

Inhoud

	Samenvatting	5
1	Achtergrond, probleemstelling en onderzoeksvragen	7
	1.1 Inleiding	7
	1.2 De verlof- en ontslagregeling in de eerste evaluatie	7
	1.3 Vraag- en doelstelling	8
	1.4 Methoden van onderzoek	9
	1.5 Deze rapportage	11
2	Verlof	13
	2.1 Inleiding	13
	2.2 Aantal keer dat verlof is verleend	13
	2.3 De wettekst en jurisprudentie	14
	2.4 Wat is verlof?	15
	2.5 Bekendheid van de regels	15
	2.6 Worden de wettelijke bepalingen nageleefd?	16
	2.7 De voorwaarden van het verlof	18
	2.8 Een typering van de groep patiënten die gebruik maakt van de verlofregeling	19
	2.9 De relevantie van de wettelijke bepalingen volgens de geïnterviewden	20
	2.10 Conclusies	21
3	Ontslag	23
	3.1 Inleiding	23
	3.2 Verschillende vormen van ontslag	23
	3.3 Aantal keer dat ontslag wordt verleend	24
	3.4 De wettekst en jurisprudentie	24
	3.5 Bekendheid met de wettelijke bepalingen	26
	3.6 Naleving van de wettelijke bepalingen	26
	3.7 Wie verleent het ontslag?	29
	3.8 De voorwaarden	30
	3.9 Een typering van de groep patiënten die gebruik maakt van de ontslagregeling	31
	3.10 Relevantie van de wettelijke bepalingen volgens de geïnterviewden	31
	3.11 Conclusies	32
4	De paraplumachtiging	35
	4.1 Inleiding	35
	4.2 Aantallen verleende paraplumachtigingen	35
	4.3 Jurisprudentie	36
	4.4 De praktijk van de paraplumachtiging	37
	4.5 De voorwaarden	38
	4.6 Een typering van de groep patiënten aan wie een paraplumachtiging wordt verleend	39
	4.7 De geschiktheid van de paraplumachtiging volgens de geïnterviewden	40
	4.8 Conclusies	41

5	Voorwaardelijke machtiging	43
5.1	Inleiding	43
5.2	Achtergrond	43
5.3	Het wetsvoorstel en jurisprudentie	44
5.4	De bekendheid van het voorstel voorwaardelijke machtiging onder geneesheer-directeurs en psychiaters	46
5.5	Een typering van de groep patiënten voor wie de machtiging geschikt zou zijn	46
5.6	Is in het wetsvoorstel sprake van een evenwichtige verdeling tussen zelfbeschikking en dwang?	46
5.7	Nut en noodzaak van de voorwaardelijke machtiging	47
5.8	Conclusies	49
6	Conclusies en aanbevelingen	51
	Literatuur	57
	Bijlage	
1	Geraadpleegde bronnen aantallen	59
2	Gegevens aantallen ontslag	63
3	Gegevens aantallen paraplumachtigingen	67
4	Wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging	69

Samenvatting

In 1994 is de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) in werking getreden. In onderhavig onderzoek, dat deel uitmaakt van de tweede wetsevaluatie, staan de omvang van het verlof en ontslag centraal en de wijze waarop in de praktijk met de regelgeving rond verlof en ontslag wordt omgegaan. Daarnaast is onderzoek uitgevoerd naar de praktijk van de paraplumachtiging, één van de modaliteiten van de rechterlijke machtiging, en naar het onlangs ingediende wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging.

Door analyse van bestaande gegevensbestanden, een enquête onder medische administraties en gesprekken met geneesheer-directeurs en psychiaters is getracht te achterhalen hoe vaak verlof en ontslag verleend wordt. De kern van het onderzoek wordt gevormd door een analyse van casussen van gedwongen opgenomen patiënten. Met vijftien psychiaters en tien geneesheer-directeurs, werkzaam in tien algemeen psychiatrische ziekenhuizen verspreid over heel Nederland, is uitvoerig ingegaan op de toepassing van de regelgeving in de praktijk, door bespreking van het door hen meest recentelijk verleende verlof, respectievelijk ontslag, respectievelijk paraplumachtiging. In totaal zijn 42 casussen gedetailleerd geanalyseerd. De geschiktheid van de wettelijke bepalingen en de verwachtingen rond het wetsvoorstel zijn eveneens in de gesprekken met geneesheer-directeurs en psychiaters aan de orde gesteld en daarnaast ook besproken met de landelijke (patiënten)verenigingen.

De resultaten van het onderzoek zijn als volgt: Er is slechts een beperkt inzicht verkregen in het *aantal keer dat verlof en ontslag* verleend wordt. Het centraal registreren van kortdurend verlof is geen wettelijk verplichting en wordt in de praktijk, conform de Wet Bopz, aangetekend in het patiëntendossier. Gegevens over langdurig verlof, ontslag en voorwaardelijke ontslag moeten door de instelling aan de inspectie verstrekt worden. Geaggregeerde gegevens over de omvang van verlof en (voorwaardelijk) ontslag ontbreken, omdat de gegevens niet compleet en betrouwbaar geleverd kunnen worden, noch door de instellingen, noch via bestaande gegevensbestanden. Wel wordt sinds 2000 verlof, ontslag en voorwaardelijk ontslag als categorie in het Bopzis onderscheiden.

De *praktijk van verlof en voorwaardelijk ontslag* kan worden beschouwd als overeenkomstig de doelstelling van de wet. Personen die dermate stabiel zijn dat zij, in hun eigen belang, onder voorwaarden - en bij verlof voor bepaalde tijd - buiten de instelling kunnen verblijven, wordt verlof of voorwaardelijke ontslag verleend. Met name bij ontslag en voorwaardelijk ontslag zijn de wettelijke bepalingen in het veld bekend en worden in het algemeen nageleefd.

Een aantal van de knelpunten die in de eerste evaluatie zijn gesignaleerd over het niet nakomen van wettelijke bepalingen rond verlof, wordt in de tweede wetsevaluatie opnieuw gesignaleerd. Met name ten aanzien van de verplichting tot het opstellen van een schriftelijke verklaring bij het verlenen van verlof en het overleg met de inspectie bij verlof dat langer dan 60 uur duurt, blijft voor het veld onduidelijk welk belang, van de patiënt, instelling of andere betrokkenen, hiermee exact wordt gediend.

Ook de rol die de geneesheer-directeur in de wet krijgt toebedeeld blijft, evenals in de eerste evaluatie, een punt van discussie in het veld. De feitelijke beslissing voor het verlenen van verlof of (voorwaardelijk) ontslag wordt in vrijwel alle gevallen door de behandelaar genomen en ook het daadwerkelijk verlenen ervan wordt vaak door de behandelaar uitgevoerd, al dan niet formeel gemandateerd.

Met de *paraplumachtiging*, waarmee behandeling buiten de instelling mogelijk wordt en opname voorkomen wordt, wordt volgens het veld voorzien in een behoefte. Kanttekeningen worden gemaakt bij de, volgens het veld, verschillen in toepassing en interpretaties door rechters die de paraplumachtiging verlenen. Aan het *wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging*, zoals dat onlangs is ingediend, lijkt in de praktijk op voorhand weinig behoefte te zijn, met name omdat men van oordeel is dat de paraplumachtiging goed functioneert. Het veld (psychiaters en geneesheer-directeurs) lijkt de voorwaardelijke machtiging niet zozeer als vervanging, maar als extra regeling naast de paraplumachtiging op te vatten.

Men verwacht bij het toepassen van de voorwaardelijke machtiging een verruiming van de criteria en een verschuiving van de doelgroep ten opzichte van de patiënten die op dit moment een paraplumachtiging hebben. Vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen zijn kritisch over het wetsvoorstel, onder meer over de kwaliteit van de behandeling/begeleiding.

1

Achtergrond, probleemstelling en onderzoeksvragen

1.1 Inleiding

In deze rapportage wordt verslag gedaan van de evaluatie van de verlof- en ontslagregeling van Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Deze wet is per 17 januari 1994 in werking getreden. In artikel 71 van deze wet is bepaald dat de wet binnen drie jaar na inwerkingtreding en vervolgens om de vijf jaar dient te worden geëvalueerd. Van de eerste evaluatie verscheen in 1996 een verslag. De centrale vraag bij de eerste evaluatie was welke effecten de wet heeft op de rechtsbescherming van betrokkenen bij gedwongen opname en op de rechtspositie van gedwongen opgenomen patiënten. De algemene conclusie was dat de Wet Bopz heeft bijgedragen tot een versterking van de rechtspositie van de gedwongen opgenomen patiënt, maar dat er wel sprake is van een discrepantie tussen wet en praktijk. De centrale onderzoeksvraag van deze evaluatie is gelijk aan die van de eerste evaluatie.

1.2 De verlof- en ontslagregeling in de eerste evaluatie

De eerste evaluatie bestond uit negen deelonderzoeken. De verlof- en ontslagregeling is in twee deelonderzoeken aan de orde geweest, namelijk in het onderzoek naar de interne rechtspositie van de psychiatrische patiënt (De Vries 1996, p. 174–179) en in het onderzoek naar onvrijwillige opname procedures (Keizer 1996, p. 68–72). In het eerst genoemde onderzoek zijn tien interviews afgenomen bij geneesheer-directeurs, in het tweede onderzoek werden in een enquête onder 225 geneesheer-directeurs van instellingen met een Bopz-aanmerking onder andere vragen gesteld over verlof en ontslag.

Wat betreft het verlof blijkt uit de eerste evaluatie dat in de psychogeriatric en de zwakzinnigenzorg het verlenen van verlof nauwelijks voorkomt. In de psychiatrie wordt de verlofregeling regelmatig toegepast, behalve op de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, omdat daar nauwelijks patiënten met een rechterlijke maatregel worden opgenomen.

Als algemeen beeld komt naar voren dat bij kortdurend verlof een deel van de wettelijke bepalingen niet wordt nageleefd. Zo wordt bijvoorbeeld bij korte verloven de schriftelijke verklaring aan de patiënt veelal niet verstrekt. Bij verlof langer dan 60 uur vindt vaak geen overleg met de inspecteur plaats. De beslissing over verlof wordt in de praktijk meestal genomen door een behandelaar en bekrachtigd door de geneesheer-directeur. Verder blijkt dat aan het verlof vrijwel altijd voorwaarden worden verbonden.

Wat het ontslag betreft blijkt uit de eerste evaluatie dat de belangrijkste reden voor ontslag is het afnemen van de stoornis en het daarmee gepaard gaande gevaar. Omdat het afnemen van de stoornis niet van toepassing is op de zwakzinnigenzorg en de psychogeriatric, doet zich het (voorwaardelijk) ontslag met name in de psychiatrie voor. Net als bij het verlof ligt bij het ontslag

de feitelijke beslissing bij de behandelaar en is het vaak zo dat de geneesheer-directeur de beslissing bekrachtigt middels een handtekening. De feitelijke bemoeienis van de geneesheer-directeurs bij het verlenen van verlof en ontslag staat volgens de onderzoekers in schril contrast tot de centrale rol die de wetgever hen heeft toebedeeld.

Wat betreft de kwantitatieve onderbouwing van de eerste evaluatie werd geconcludeerd dat er weinig cijfermatige gegevens beschikbaar zijn over verlof en ontslag.

Onderdeel van het eerste evaluatieonderzoek waren twee schriftelijke informatieronden om deskundigen en organisaties uit het veld te raadplegen over de Wet Bopz. In deze rondes is door een aantal organisaties gepleit voor het vergroten van de mogelijkheden tot dwang bij ambulante behandeling. Inmiddels is een wetsvoorstel gedaan dat tegemoet komt aan die wens. Omdat dit wetsvoorstel overeenkomsten vertoont met de regeling voor voorwaardelijk ontslag is ze in dit onderzoek meegenomen.

1.3 Vraag- en doelstelling

Centraal in dit onderzoek staat de verlof- en ontslagregeling uit de Wet Bopz (artikel 45 tot en met 50). Daarnaast vormt de zogenaamde paraplu-machtiging onderwerp van onderzoek. Tot slot wordt, zoals gezegd, het wetsvoorstel voor de voorwaardelijke machtiging vergeleken met de huidige praktijk rond machtigingen. Het onderzoek is beperkt tot de psychiatrie.

De vragen en subvragen die in dit onderzoek beantwoord zullen worden zijn:

1. Wat is de omvang en wat is de aard van verlof?
 - Hoe vaak wordt verlof verleend?
 - Hoe bekend zijn de wettelijke bepalingen bij betrokkenen?
 - In welke omstandigheden worden de procedures rondom verlof (niet) nageleefd?
 - Op welke wijze komt de praktijk overeen met of wijkt deze af van de doelstelling die de wetgever met de wet heeft beoogd?
 - Wie houdt er toezicht op de naleving?
 - Op welke wijze wordt naleving van de wettelijke bepalingen getoetst?
 - Welke voorwaarden worden aan het verlof verbonden?
 - Voldoen deze voorwaarden aan de gestelde criteria?
 - Door wie worden de voorwaarden opgesteld?
 - Worden de voorwaarden getoetst?
 - Worden de voorwaarden nageleefd?
 - Hoe verhoudt het niet nakomen van de voorwaarden zich tot het gevaar?
 - Welke tijdsduur is verbonden aan de voorwaarden?
 - Hoe kan de groep getypeerd worden die gebruik maakt van de verlofregeling?
 - Wat is de mening van geneesheer-directeurs en psychiaters over de relevantie van de wettelijke bepalingen?

2. Wat is de omvang en wat is de aard van ontslag?
 - Hoe vaak wordt ontslag verleend?
 - Hoe bekend zijn de wettelijke bepalingen bij betrokkenen?
 - In welke omstandigheden worden de procedures rondom ontslag (niet) nageleefd?
 - Op welke wijze komt de praktijk overeen met of wijkt deze af van de doelstelling die de wetgever met de wet heeft beoogd?
 - Wie houdt er toezicht op de naleving?
 - Op welke wijze wordt naleving van de wettelijke bepalingen getoetst?

- Welke voorwaarden worden aan het ontslag verbonden?
 - Voldoen deze voorwaarden aan de gestelde criteria?
 - Door wie worden de voorwaarden opgesteld?
 - Worden de voorwaarden getoetst?
 - Worden de voorwaarden nageleefd?
 - Hoe verhoudt het niet nakomen van de voorwaarden zich tot het gevaar?
 - Welke tijdsduur is verbonden aan de voorwaarden?
 - Hoe kan de groep getypeerd worden die gebruik maakt van de ontslagregeling?
 - Wat is de mening van geneesheer-directeurs en psychiaters over de relevantie van de wettelijke bepalingen?
3. Wat is de omvang en wat is de aard van de zogenaamde paraplumachtiging?
- Hoe vaak wordt een paraplumachtiging verleend?
 - Wie spelen een rol bij het aanvragen van een paraplumachtiging en wat is de procedure?
 - Wat is de effectiviteit van een paraplumachtiging?
 - Hoe kan de groep patiënten met een paraplumachtiging worden getypeerd?
4. De voorwaardelijke machtiging
- Zijn geneesheer-directeurs en psychiaters bekend met het voorstel?
 - Wordt deze machtiging al in de praktijk toegepast?
 - Vult de voorwaardelijke machtiging een leemte op?
 - Voor welke patiënten is de machtiging geschikt?
 - Is er bij de voorwaardelijke machtiging een sprake van een evenwichtige balans tussen zelfbeschikking van de patiënt en dwang?

De doelstelling van het onderzoek is inzicht te geven in de wijze waarop de verlof- en de ontslagregeling (inclusief de paraplumachtiging) van de Wet Bopz in de praktijk van de psychiatrie wordt toegepast en in de aantallen verleende verloven, ontslagen en paraplumachtigingen. Deze praktijk wordt getoetst aan de wet en doelstellingen van de wetgever, teneinde de procedures, waar mogelijk te verbeteren. Daarnaast wordt het wetsvoorstel 'voorwaardelijke machtiging' onderzocht.

1.4 Methoden van onderzoek

In het onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelmethode, te weten desk research, waaronder de jurisprudentie, oriënterende interviews met deskundigen, interviews met tien geneesheer-directeurs en vijftien psychiaters uit tien psychiatrische ziekenhuizen over 45 door henzelf geselecteerde casussen, een schriftelijke enquête onder medische administraties van alle psychiatrische ziekenhuizen en een analyse van kwantitatieve gegevens rond verlof, ontslag en paraplumachtiging uit uiteenlopende databronnen.

Desk research

De verlof- en ontslagregelingen zijn bestudeerd zoals die in artikel 45 tot en met 50 van de Wet Bopz staan beschreven. Daarnaast is jurisprudentie over verlof, ontslag, voorwaardelijk ontslag en de paraplumachtiging onderzocht en is het wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging bestudeerd.

Oriënterende interviews

Om inzicht te verkrijgen in de context waarbinnen zich verlof en ontslag afspeelt zijn negen oriënterende interviews gehouden met respondenten die vanuit verschillende functies te maken

hebben met de regeling. De groep respondenten bestond uit een advocate, een patiëntvertrouwenspersoon, een psychiatrisch verpleegkundige, een geneesheer-directeur, een psychiater, een inspecteur, een tweetal rechters, een consulent van de Landelijke Patiënten- en Bewonersraden, een medewerker van de Cliëntenbond, een medewerker van Ypsilon en een medewerker van de Stichting Pandora. Met de vertegenwoordigers van patiënten/consumenten verenigingen is besproken wat hun visie is op de mate waarin de wettelijke bepalingen rond het verlof en ontslag bijdragen aan de rechtspositie van de patiënt en hun oordeel over de paraplumachtiging en de voorwaardelijke machtiging.

Uit de oriënterende interviews komen aandachtspunten naar voren die relevant zijn voor de bestudering van zowel de wettelijke kaders als de praktijk van de verlof- en ontslagregeling. Voorbeelden hiervan zijn het doel van de wet, de toepassing van de paraplumachtiging, de mandatering van bevoegdheden, de bekendheid van de regeling, de beslissingsbevoegdheid van de behandelaar en de groep patiënten op wie de regeling van toepassing is.

Aan de hand van de resultaten van de deskresearch en de oriënterende interviews zijn meetinstrumenten vastgesteld in de vorm van een checklist waarmee casussen met de psychiaters zijn besproken en is een checklist voor de interviews met de geneesheer-directeurs opgesteld.

Interviews met geneesheer-directeurs en psychiaters

Om de wijze waarop in de praktijk van de ziekenhuizen wordt omgegaan met de verlof- en ontslagregeling te bestuderen zijn gesprekken gevoerd met tien geneesheer-directeurs en vijftien psychiaters uit tien psychiatrische ziekenhuizen.

Aangezien uit de vorige evaluatie blijkt dat verlof en ontslag vrijwel niet voorkomen in de zwakzinnigenzorg en de psychogeriatric zijn uit deze sectoren geen instellingen geworven voor het onderzoek. Ook is ervoor gekozen de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen buiten beschouwing te laten aangezien uit de eerste evaluatie blijkt dat daar nauwelijks patiënten gedwongen worden opgenomen. Ook de universiteitsklinieken zijn niet in het onderzoek opgenomen. Het aantal bedden voor psychiatrische patiënten in universiteitsklinieken is minder dan 2% van het totale aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen.

Bij de selectie van de tien psychiatrische ziekenhuizen is met twee criteria rekening gehouden, namelijk de locatie en de grootte van de instelling. Om zowel ziekenhuizen uit een (groot)stedelijke omgeving als uit een meer rurale omgeving bij het onderzoek te betrekken is gekozen voor een selectie van vijf ziekenhuizen die zijn gelegen buiten de randstad en vijf ziekenhuizen die zijn gelegen binnen de randstad.

Van de tien geselecteerde ziekenhuizen hebben er vijf meer dan 600 bedden (de kleinste van deze groep heeft ongeveer 650 bedden, de grootste meer dan 1.100 bedden). De andere vijf ziekenhuizen hebben minder dan 600 bedden. De kleinste hiervan heeft ongeveer 300 bedden, de grootste ongeveer 500 bedden.

Eén ziekenhuis was niet bereid aan het onderzoek mee te werken. Daarvoor in de plaats is een, wat grootte en locatie betreft, vergelijkbaar ziekenhuis gekozen.

Via een brief aan de geneesheer-directeurs van de geselecteerde instellingen is eerst schriftelijk en vervolgens telefonisch gevraagd om medewerking. De medewerking bestond uit een interview met de geneesheer-directeur¹ en uit een interview met één of twee psychiaters per APZ. De te interviewen psychiaters zijn door de geneesheer-directeurs geselecteerd. Criterium hierbij is dat de betreffende psychiater ervaring heeft met gedwongen opgenomen patiënten en

¹ De geïnterviewden zijn eindverantwoordelijke behandelzaken. In een enkel geval is dat een eerste geneeskundige.

te maken heeft met verlof, ontslag en paraplumachtigingen binnen zijn patiëntenpopulatie.

In de interviews met de vijftien psychiaters worden steeds drie casussen besproken. Een casus is in dit onderzoek een situatie waarin verlof of ontslag is verleend aan een met een rechterlijke maatregel opgenomen psychiatrische patiënt. Door het bespreken van casussen kan de bekendheid van de wettelijke bepalingen en de mate waarin ze worden toegepast worden onderzocht aan de hand van concrete situaties.

De psychiaters is gevraagd drie dossiers te selecteren en met de onderzoeker te bespreken, namelijk de laatste keer dat zij verlof aan een gedwongen opgenomen patiënt verleenden, de laatste keer dat zij ontslag verleenden en de laatste keer dat één van hun patiënten een paraplumachtiging kreeg. Aan de hand van de bovengenoemde checklist zijn steeds alle genomen stappen besproken. Het resultaat van deze gesprekken zijn 42 casussen². Elf van deze casussen betreffen een verleend verlof, zestien casussen gaan over ontslag en vijftien casussen betreffen een paraplumachtiging.

Naast het bespreken van casussen zijn in de interviews met de psychiaters vragen gesteld over de mandatering van bevoegdheden voor het verlenen en intrekken van verlof en ontslag, de bekendheid van de wettelijke bepalingen, de groep patiënten op wie de regeling van toepassing is, de geschiktheid en adequaatheid van de wettelijke bepalingen, mogelijke hiaten en knelpunten van de wettelijke bepalingen, de controle erop en het wetsvoorstel voor de voorwaardelijke machtiging.

In de interviews met tien geneesheer-directeurs is besproken hoe zij bij de besproken cases zijn betrokken. Daarnaast is ingegaan op de wijze waarop de verlof- en ontslagregeling in de instelling worden gehanteerd. Onderwerpen daarbij zijn onder andere de rol van de geneesheer-directeur bij het verlenen en intrekken van verlof en ontslag, de mandatering van bevoegdheden, de bekendheid en geschiktheid van de wettelijke bepalingen en de relatie tussen de Wet Bopz en de rechtspositie van de patiënt.

Analyse kwantitatieve bronnen en enquête onder instellingen

Om inzicht te krijgen in het aantal keer dat verlof, (voorwaardelijk) ontslag en een paraplumachtiging is verleend, zijn verschillende bronnen geanalyseerd en is een enquête uitgezet onder alle instellingen waar patiënten opgenomen kunnen worden op grond van de Wet Bopz. De geraadpleegde bronnen zijn achtereenvolgens Bopzis II, de medische administraties van de APZ-en, PiGGz, de regionale inspecties. Een uitgebreide beschrijving van deze bronnen en de bruikbaarheid ervan is te vinden in bijlage 2.

Naast de gegevens over de omvang van verleend verlof en ontslag uit de diverse registraties, is het – zeer onvolledige - kwantitatieve beeld dat naar voren komt uit de verschillende databronnen aangevuld in de interviews met de geneesheer-directeurs en psychiaters. Hen is gevraagd te schatten hoe vaak verlof, ontslag en een paraplumachtiging in hun instelling worden verleend.

1.5 Deze rapportage

In de rapportage komen de onderwerpen verlof, ontslag, paraplumachtiging en voorwaardelijke machtiging respectievelijk in hoofdstuk 2, 3, 4, en 5 aan de orde. In elk hoofdstuk wordt ingegaan op de wettelijke bepalingen en de jurisprudentie, op gegevens omtrent de omvang en op de wijze waarop de regeling in de praktijk wordt toegepast. Het rapport is afgesloten met de conclusies in hoofdstuk 6.

² In drie interviews bleek er onvoldoende tijd te zijn om een derde casus te bespreken.

2

Verlof

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over de regelgeving en de praktijk van de verlofregeling in de Wet Bopz. De beschikbare gegevens over het aantal keer dat verlof wordt verleend worden in paragraaf 2.2 behandeld. In 2.3 komen respectievelijk de wettelijke bepalingen en jurisprudentie over de verlofregeling aan de orde. In 2.4 wordt beschreven wat men in de wet onder verlof verstaat en hoe deze term in de praktijk wordt gebruikt. Het vervolg van het hoofdstuk betreft de wijze waarop de regeling in de praktijk van het psychiatrisch ziekenhuis wordt toegepast. Op de volgende vragen wordt een antwoord gegeven: hoe is de bekendheid van de wettelijke bepalingen? (2.5), worden de wettelijke bepalingen nageleefd? (2.6), welke voorwaarden worden aan het verlof gesteld? (2.7), wie gaan met verlof? (2.8) en hoe relevant vinden geneesheer-directeuren en psychiaters de wettelijke bepalingen? (2.9). Tot slot worden conclusies over de wet en de praktijk rond de verlofregeling geformuleerd. Aan de geïnterviewde psychiaters is gevraagd om het dossier van de laatste keer dat zij verlof verleenden, met de onderzoekers te bespreken. Hieruit kwamen elf casussen. Vervolgens is met de geneesheer-directeuren over hun rol bij de betreffende casus gesproken.

2.2 Aantal keer dat verlof is verleend

Aangezien er geen wettelijke verplichting is kortdurend verlof te melden of centraal te registreren, is het verkrijgen van inzicht in het aantal keer dat in instellingen verlof of verlof onder voorwaarden wordt verleend niet goed mogelijk. Uit de enquête onder de medische administraties blijkt dat instellingen zelf deze gegevens niet of nauwelijks centraal registreren, zodat over de aantallen geen goede uitspraken te doen zijn. De diverse geraadpleegde bronnen leveren het volgende, onvolledige, beeld op:

- In Bopzis zijn gegevens over aantallen verlof minimaal beschikbaar. Over de jaren voor 1999 zijn geen gegevens beschikbaar. Over het jaar 1999 is slechts één verleend verlof in Bopzis II opgenomen. Over het jaar 2000 zijn 209 meldingen van verlof ingevoerd. Van deze meldingen heeft tweederde betrekking op verlof met een duur van drie dagen of meer, dat wil zeggen een verlof dat langer dan 60 uur duurt. Volgens de wettelijke bepalingen (zie 2.2) moet verlof langer dan 60 uur worden gemeld aan de inspectie. Uit de interviews blijkt dat het merendeel van de verleende verloven korter dan 60 uur is en dus niet gemeld hoeven te worden. Het ligt dus voor de hand te veronderstellen dat het totale aantal keer dat verlof is verleend veel hoger is dan het geregistreerde aantal van 209.

- Ook de enquête onder de medische administraties van de 40 Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen levert niet de gewenste informatie op. Verlof wordt in de instellingen niet centraal geregistreerd. Als het verlof al wordt gedocumenteerd gebeurt dat, conform de wettelijke verplichting, in de patiëntendossiers. Uit de geretourneerde enquêtes van 13 instellingen blijkt

dat slechts één instelling gegevens levert van de jaren 1999 en 2000 over het aantal keer dat verlof wordt verleend.

- Het Patiëntenregister intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PiGGZ) bevat in het geheel geen gegevens over verleend verlof.

- Tot slot blijkt het ook voor de geïnterviewde geneesheer-directeurs en psychiaters lastig of ondoenlijk in te schatten hoe vaak binnen de instelling verlof wordt verleend. De geneesheer-directeurs voelen zich daarvoor te weinig betrokken bij deze regeling. Zij zeggen op afstand te staan van deze procedure, die gezien wordt als directe patiëntenzorg. De ondervraagde psychiaters zeggen te weinig overzicht te hebben over de instelling om een dergelijke schatting te geven.

2.3 De wettekst en jurisprudentie

De doelstelling van de Wet Bopz is het beschermen en versterken van de rechtspositie van de gedwongen opgenomen patiënt. Dat geldt zowel voor de interne als de externe rechtspositie. De interne rechtspositie is het geheel aan rechten en verplichtingen van een tegen zijn wil opgenomen patiënt. De verlof- en ontslagregeling zijn onderdeel van die interne rechtspositie (andere voorbeelden zijn het recht op telefoonverkeer, bezoekrecht en de klachtenregeling). De externe rechtspositie betreft de procedures waaraan de patiënt en de situatie moeten voldoen wil de rechter kunnen instemmen met een gedwongen verblijf (Keurentjes 1999). Wat betreft de verlof- en ontslagregeling worden geen specifieke subdoelen geformuleerd.

De regeling voor verlof en verlof onder voorwaarden is vastgelegd in de artikelen 45 en 46 van de Wet Bopz. Het doel van het verlenen van verlof is om, in het belang van de patiënt, tijdelijke terugkeer in de maatschappij mogelijk te maken. Verlof wordt gezien als onderdeel van de behandeling waarmee de patiënt weer aan het leven in de maatschappij wordt gewend. Indien de uit de stoornis voortvloeiende gevaarlijkheid van de patiënt zover verminderd is dat tijdelijke terugkeer verantwoord is, mag in principe een onbeperkt aantal keer verlof worden verleend door de geneesheer-directeur. Het verlof betreft een aan te geven periode. Aan het verlof kunnen voorwaarden worden verbonden die betrekking hebben op het gedrag van de patiënt, maar de staatskundige vrijheid van de betrokkene niet beperken. Tot de voorwaarden kan eveneens behoren het onder toezicht stellen van een daartoe aangewezen instelling. De geneesheer-directeur pleegt indien nodig en mogelijk overleg met de naasten van de patiënt en diens voogd of curator, met degene door wie de patiënt voor zijn opneming werd verzorgd en met de instelling of psychiater die de patiënt voor zijn opneming begeleidde of behandelde en de huisarts. De geneesheer-directeur verschaft bij het verlenen van verlof een schriftelijke verklaring aan de patiënt.

Maximaal twee keer per jaar is verlof langer dan 60 uur toegestaan is. Door de korte duur van de perioden van verlof (mogelijk) blijft de band met het ziekenhuis bestaan. Binnen de termijn van 60 uur is weekend- en avondverlof op eenvoudige wijze door het ziekenhuis geregeld worden. Om een patiënt langer dan 60 uur verlof te verlenen, dienen reeds de nodige positieve ervaringen te zijn opgedaan met kortdurend verlof. De geneesheer-directeur dient voorafgaand aan de beslissing voor het verlof overleg te plegen met de inspecteur, maar blijft eindverantwoordelijke. Is de geneesheer-directeur van mening dat de patiënt voor langere tijd in de maatschappij kan verkeren, kan tot voorwaardelijk ontslag worden overgegaan.

Het verlof *moet* door de geneesheer-directeur worden ingetrokken wanneer het gevaar (voortvloeiende uit de stoornis) dat noodzakelijk maakt en dit gevaar niet afgewend kan worden buiten het psychiatrisch ziekenhuis. Het verlof *kan* worden ingetrokken wanneer patiënt de voorwaarden niet naleeft en op verzoek van de patiënt. Bij het niet nakomen van de gestelde voorwaarden, is intrekken niet dwingend voorgeschreven, omdat niet elke voorwaarden even

zwaarwegend is en opname in het ziekenhuis niet altijd noodzakelijk maakt. In algemene zin zijn weinig juridische uitspraken gedaan die betrekking hebben op het verlenen en intrekken van verlof. Uit de jurisprudentie blijkt wel dat de bevoegdheid om verlof te verlenen en in te trekken door de geneesheer-directeur gemandateerd mag worden aan de behandelaar.

2.4 Wat is verlof?

De wet geeft een ruime omschrijving van het begrip verlof, namelijk het tijdelijk terugkeren van de patiënt in de maatschappij, voor zover dit in het belang van de patiënt gewenst is. In de praktijk blijken de instellingen op onderling vergelijkbare wijze de wettelijke definiëring af te bakenen. Onder verlof wordt blijkens de interviews niet verstaan het tijdelijk verlaten van het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis voor bijvoorbeeld een wandeling of een boodschap. In veel instellingen betekent verlof een geplande afwezigheid van de patiënt terwijl zijn / haar bed schikbaar blijft. Bij (voorwaardelijk) ontslag is dat laatste niet het geval en keert de patiënt voor een periode van onbepaalde duur in de maatschappij terug. Bovendien duurt verlof meestal langer dan een dag en is de termijn van de afwezigheid van tevoren vastgesteld. De termijn kan een weekend zijn, maar ook enkele weken. Het weekendverlof is een veel voorkomende vorm van verlof.

Met de term proefverlof, die een enkele keer door een geïnterviewde gebruikt wordt, wordt het voorwaardelijk ontslag bedoeld.

2.5 Bekendheid van de regels

Of de wettelijke bepalingen bekend zijn onder de geneesheer-directeurs en psychiaters is op verschillende manieren onderzocht. Om te voorkomen dat het interview het karakter van een overhoring zou hebben, is gezocht naar manieren waarbij de bekendheid op een meer indirecte manier kon worden bevestigd. In de interviews met geneesheer-directeurs en psychiaters is allereerst gevraagd naar de wijze waarop de wettelijke bepalingen zijn vertaald naar instellingsprotocollen of –procedures. Een weergave van de instellingsprocedures kan de mate van bekendheid van de wettelijke bepalingen reflecteren. Verder is tijdens het bespreken van de casussen gecheckt aan welke wettelijke bepalingen niet was voldaan en wat de reden daarvoor was, onbekendheid of anderszins. Tijdens deze casusbesprekingen wordt overigens regelmatig openlijk bevestigd dat bepaalde wettelijke bepalingen niet (precies) bekend zijn.

Alle geïnterviewde geneesheer-directeurs en psychiaters zijn op de hoogte van het bestaan van de verlofregeling. Ook weten alle respondenten dat het mogelijk is aan het verlof voorwaarden te verbinden. Het is eveneens bekend dat de wettekst vermeldt dat de geneesheer-directeur het verlof verleent.

De algemene indruk van de onderzoekers is dat kennis van een aantal specifieke wettelijke bepalingen uit de verlofregeling echter geen gemeengoed is onder psychiaters en geneesheer-directeurs. Deze specifieke bepalingen betreffen het overleg met de inspecteur bij verlof langer dan 60 uur, het geven van een schriftelijke verklaring van het verlof aan de patiënt en de bepaling over de maximale termijn van het verlof. In sommige gevallen zijn één of meerdere van deze bepalingen geheel niet bekend, andere keren weet men van het bestaan van een dergelijke bepaling wel, maar kent men de precieze inhoud niet.

Ook de geïnterviewde vertegenwoordigers van de patiënten/consumentenorganisaties zijn niet allemaal precies op de hoogte van deze specifieke bepalingen.

2.6 Worden de wettelijke bepalingen nageleefd?

In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag of de wettelijke bepalingen uit de artikelen 45 en 46 in de praktijk worden nageleefd.

Conclusies eerste evaluatie:

- Voor het kortdurende verlof worden de formaliteiten niet nageleefd, zeker niet indien het om regelmatig terugkerend (weekend) verlof gaat, zo wordt de schriftelijke verklaring bij korte verloven veelal niet verstrekt
- Voor het verlof langer dan zestig uur wordt in de praktijk geen overleg gepleegd met de inspecteur
- De eigenlijke beslissing wordt genomen door de behandelaar en de geneesheer-directeur bekrachtigt deze beslissing met zijn handtekening
- Aan het verlof worden in vrijwel alle gevallen voorwaarden verbonden, zoals het innemen van medicatie, vermijden van bepaalde plaatsen of het regelmatig contact houden met bepaalde personen.

De knelpunten die uit de eerste evaluatie naar voren kwamen, worden ook in deze tweede evaluatie gesignaleerd. Bij verlof dat langer dan 60 uur duurt wordt geen overleg gepleegd met de inspectie en de patiënt krijgt geen schriftelijke verklaring van het verlof. Daarnaast blijkt dat niet alle instellingen zich houden aan de maximum termijn van twee weken. Aan de overige wettelijke bepalingen wordt voldaan. Het verlof wordt voor een aangegeven periode verleend, de voorwaarden die worden gesteld aan het verlof voldoen aan de wettelijk gestelde beperkingen en er vindt, indien mogelijk en indien nodig, overleg plaats met familie en andere hulpverleners. Toezicht op de naleving wordt uitsluitend uitgeoefend door de inspectie. In het navolgende wordt meer gedetailleerd op de naleving ingegaan.

Wie verleent het verlof

Volgens de wet verleent de geneesheer-directeur het verlof. Uit de jurisprudentie blijkt dat deze bevoegdheid gemandateerd mag worden aan de behandelaar. Uit zowel de interviews als de casussen blijkt dat van deze mogelijkheid gebruik wordt gemaakt: de behandelaar verleent vrijwel altijd het verlof.

De bevoegdheid om verlof te verlenen is in op één na alle onderzochte instellingen (formeel of informeel) gemandateerd aan de behandelaars. In een enkel geval weet de geïnterviewde psychiater niet of de bevoegdheid ook formeel of slechts informeel is gemandateerd. Bij de besproken casussen heeft in alle gevallen de behandelaar het verlof verleend. De behandelaar is in deze gevallen een psychiater, een arts of een arts-assistent.

De wijze waarop de geneesheer-directeurs zich met het verlenen van verlof bemoeien verschilt per instelling. Bijna de helft van de geïnterviewde geneesheer-directeurs heeft geen bemoeienis met verlof. Een derde vult deze taak vooral administratief in. Het verlof wordt gemeld aan de geneesheer-directeur en deze zet eventueel een handtekening onder de verlof-verklaring.

Enkele geneesheer-directeurs hebben een procedurele bemoeienis met verlof. Zij controleren of de behandelaar de juiste procedures heeft gevolgd, bijvoorbeeld of de voorwaarden voldoen aan de wettelijk gestelde beperkingen. Voor alle geïnterviewde geneesheer-directeurs geldt daarnaast dat zij zich in uitzonderlijke gevallen ook medisch inhoudelijke bemoeien met het verlenen van verlof. Dat kan bijvoorbeeld zijn wanneer het een verlof van enkele weken betreft, wanneer het een verlof in het buitenland betreft of wanneer het een voorheen gevaarlijke patiënt betreft.

De termijn van het verlof is bepaald

In artikel 45 van de Wet Bopz staat dat het verlof voor een aangegeven periode wordt verleend.

In de besproken casussen is in alle gevallen vooraf bepaald wanneer de patiënt weer terug dient te zijn in de instelling. Ook uit de interviews blijkt bij een verlof vooraf met de patiënt wordt besproken hoe lang het verlof duurt.

Overleg met familie en hulpverleners

Volgens artikel 45 overlegt de geneesheer-directeur indien mogelijk en indien nodig met de familie, de huisarts en eventuele andere hulpverleners die bij de patiënt betrokken zijn.

Bij de besproken casussen is in vrijwel alle gevallen overleg met de familie van de patiënt geweest. In het merendeel van de casussen is eveneens overleg gevoerd met andere hulpverleners zoals de crisisdienst, de politie, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een beschermde woonvorm, ambulante hulpverlening.

De geïnterviewde geneesheer-directeurs en psychiaters geven aan dat overleg met familie indien mogelijk plaatsvindt. Dit overleg wordt niet door de geneesheer-directeur gevoerd, maar door de behandelaar die het verlof verleent. Niet altijd is bekend of er familieleden zijn en hoe ze te bereiken zijn. Soms wil de patiënt geen contact tussen behandelaar en familie. In het algemeen geven de psychiaters aan dat contact met familie in het kader van een verlof plaatsvindt wanneer zij inschatten dat dit voor de behandeling van de patiënt zinvol is.

Soms is er voor een verlof contact met een ambulante hulpverlener of de polikliniek, bijvoorbeeld wanneer deze tijdens het verlof de medicatie verstrekt. De huisarts wordt volgens de psychiaters niet altijd en zeker niet standaard bij het verlof betrokken.

De maximale duur van het verlof

De maximale duur van het verlof wordt ook in artikel 45 benoemd: verlof dat langer dan 60 uur duurt mag hoogstens twee keer per jaar en de maximum duur van het verlof is twee weken. Deze termijnen worden soms overschreden. Van de elf casussen die betrekking hadden op verlof, blijkt dat het verlof in twee gevallen meer dan twee weken duurde.

Overleg met de inspectie

In hetzelfde wetsartikel staat dat bij een verlof van meer dan 60 uur overlegd moet worden met de inspectie. Wat betreft de besproken casussen is in één geval overleg met de inspectie geweest. Het betreft hier een verlof van vijf weken. In de helft van de casussen duurt het verlof minder dan 60 uur. In de overige gevallen varieert de duur van een lang weekend tot vijf weken. In de interviews geven de geneesheer-directeurs en de psychiaters aan dat overleg met de inspectie bij verlof langer dan 60 uur niet gebeurt. Ofwel omdat men niet op de hoogte is van deze regel, ofwel omdat men het niet nodig vindt.

De schriftelijke verklaring

In artikel 45 wordt verder gesteld dat de geneesheer-directeur een schriftelijke verklaring dient mee te geven aan de patiënt waarin staat dat deze met verlof is. Uit de interviews blijkt dit slechts in uitzonderlijke gevallen te gebeuren, bijvoorbeeld wanneer iemand voor langere tijd (een week) met verlof gaat. Redenen die genoemd worden voor het niet opstellen van een schriftelijke verklaring zijn dat de relatie tussen behandelaar en patiënt een karakter van onderhandeling heeft, waar formele procedures minder aan de orde zijn, dat dit administratief te belastend is, praktisch niet haalbaar en dat het geen meerwaarde heeft voor de patiënt. De voorwaarden waar de patiënt zich aan moet houden liggen in veel gevallen al vast in het behandelplan. Van de elf besproken casussen over verlof kregen twee patiënten een schrijven mee met daarop de voorwaarden van het verlof. In één geval betreft het een verlof aan patiënt die vanwege suïcidaal gedrag is opgenomen. In het andere geval gaat het om een patiënt die langere tijd buiten de instelling verblijft, maar regelmatig opgenomen moet worden. Het geven van een schriftelijke verklaring leeft in de praktijk niet.

Intrekken van verlof

In artikel 46 worden de bepalingen voor het intrekken van verlof beschreven. Het intrekken van een verlof komt zelden voor. Bij de elf besproken casussen is geen ingetrokken verlof aan de orde geweest. De informatie over het naleven van artikel 46 is dan ook uitsluitend afkomstig uit de interviews met de geneesheer-directeurs en psychiaters. Blijkens deze interviews is in vrijwel alle onderzochte instellingen het intrekken van verlof gemandateerd aan de behandelaar.

Volgens artikel 46 *moet* het verlof worden ingetrokken wanneer gevaar ontstaat. De geneesheer-directeurs en psychiaters geven aan dat wanneer een verlof wordt ingetrokken de reden daarvoor is dat er gevaar is ontstaan of dreigt te ontstaan. Het verlof kan worden ingetrokken wanneer de patiënt de voorwaarden niet naleeft. De geïnterviewden geven aan dat dit in de praktijk gebeurt. In veel gevallen wordt bij het niet naleven van de voorwaarden niet gelijk het verlof ingetrokken (zie ook 2.6). Sporadisch komt een patiënt zelf eerder terug van verlof, omdat hij of zij zich niet goed voelt buiten de instelling. Volgens artikel 46 kan in dergelijke gevallen het verlof worden ingetrokken.

Hetzelfde wetsartikel stelt dat, nadat het verlof is ingetrokken, aan de patiënt binnen vier dagen, schriftelijk en met redenen omkleed medegedeeld moet worden waarom het verlof is ingetrokken. De geïnterviewden geven aan dat dit schriftelijk mededelen geen standaard procedure is. Als het verlof is ingetrokken staat volgens artikel 46 voor de patiënt de mogelijkheid open om hiertegen in beroep te gaan bij de rechter. Geen van de respondenten aan wie deze vraag is voorgelegd heeft een dergelijke situatie meegemaakt.

Toezicht op naleving

Vanuit de instellingen zelf vindt geen controle plaats op de naleving van de wettelijke bepalingen rond verlof in algemene zin. Het toezicht op naleving van de wettelijke bepalingen gebeurt uitsluitend door de inspectie. Eén geneesheer-directeur geeft aan dat de organisatie enkele keren is aangesproken door de inspectie, omdat met name de zaken rondom verlof niet volgens de regels zouden gebeuren. Verder maakt geen van de respondenten melding van een specifieke controle door de inspectie op naleving van de wettelijke bepalingen over verlof. Of de patiënt een schriftelijke verklaring ontvangt, of verlof langer dan 60 uur wordt gemeld aan de inspectie en of de duur van het verlof de wettelijke termijn niet overschrijdt, wordt volgens de geïnterviewden door niemand gecontroleerd.

Hoe vaak de inspectie controleert verschilt per instelling. Een geneesheer-directeur geeft aan dat de inspectie elke acht à tien weken een onaangekondigd bezoek verricht. Een andere geneesheer-directeur zegt dat die bezoeken een à twee keer per jaar plaatsvinden.

2.7 De voorwaarden van het verlof

In artikel 45 staat dat aan het verlof voorwaarden kunnen worden gesteld. Deze voorwaarden moeten betrekking hebben op het gedrag van de patiënt en mogen de staatskundige en godsdienstige vrijheid van de patiënt niet aantasten. Uit de casussen en de interviews blijkt dat aan het verlof vrijwel altijd voorwaarden zijn verbonden en dat deze aan de wettelijke criteria voldoen. Controle op het naleven van de voorwaarden vindt plaats. Het niet naleven betekent echter niet automatisch dat het verlof wordt ingetrokken, hetgeen ook wettelijk gezien niet verplicht is. Op de voorwaarden, de controle en het naleven van de voorwaarden wordt hieronder nader ingegaan.

- Bij de besproken casussen zijn in alle gevallen voorwaarden verbonden aan het verleende verlof. In driekwart van de gevallen is dat het innemen van medicatie en in ruim de helft van de

gevallen het onderhouden van contact met de behandelaar. Ook in de interviews wordt gesteld dat de voorwaarden meestal betrekking hebben op het innemen van medicatie en het onderhouden of toestaan van contact met een behandelaar. Andere voorwaarden zijn het inlichten van de behandelaar wanneer de patiënt zich niet goed voelt, een verbod op alcohol en / of drugs. De relatie van de voorwaarden tot het gevaar is bij de casussen steeds dat door het niet naleven van de voorwaarden een gevaarlijke situatie kan ontstaan. De voorwaarden zijn in vrijwel alle gevallen opgesteld door de behandelaar. Het overleg met de patiënt en eventueel diens familie over de voorwaarden heeft in op één na alle gevallen plaatsgevonden. Uit de interviews komt naar voren dat de voorwaarden worden gesteld in de vorm van mondelinge of schriftelijke afspraken. Meestal staan de voorwaarden beschreven in het dossier. De voorwaarden worden in het algemeen opgesteld door de behandelaar. Vaak gebeurt dat volgens de geïnterviewde psychiaters in overleg met de patiënt, diens familie en de verpleegkundigen van de afdeling waar de patiënt verblijft.

- Of de patiënt de afgesproken voorwaarden naleeft, wordt achteraf geëvalueerd door de behandelaar en / of de verpleegkundigen. Bij terugkomst van de patiënt in de instelling wordt door de verpleegkundigen, die vaak het eerste contact met de patiënt heeft, of de behandelaar gevraagd hoe het verlof verlopen is. Of medicatie is ingenomen wordt vaak gecontroleerd aan de hand van de indruk die iemand maakt. Daarnaast wordt soms een bloed- of urineonderzoek gedaan of wordt de medicijndoos gecontroleerd. Ook aan de familie kan worden gevraagd hoe het verlof verlopen is.

- Volgens de geneesheer-directeurs en psychiaters betekent het niet naleven van de voorwaarden in lang niet alle gevallen dat het verlof wordt ingetrokken. Enerzijds heeft dat te maken met het gegeven dat er dan vaak niet direct een gevaarlijke situatie ontstaat. Opname vanwege gevaar is dus niet noodzakelijk. Anderzijds vinden de respondenten dat een dergelijk "lik-op-stuk-beleid" niet past binnen de behandeling en de behandelrelatie onnodig onder druk zet. Het verlof wordt wel ingetrokken als er gevaar ontstaat, ook indien de patiënt de voorwaarden wel naleeft.

2.8 Een typering van de groep patiënten die gebruik maakt van de verlofregeling

Verlof kan worden verleend als het in het belang van de patiënt is, dat wil zeggen dat de patiënt geen gevaar voor anderen, maar ook niet voor zichzelf is. In de praktijk blijkt het voor vrijwel alle patiënten mogelijk te zijn met verlof te gaan. Een deel van hen gaat sporadisch met verlof een ander deel juist structureel (bijvoorbeeld elk weekend). Als het gaat om het doel van verlof en de criteria waaraan de situatie moet voldoen zijn de overeenkomsten tussen de instellingen groot. Het verlenen van verlof komt bij alle modaliteiten van de rechterlijke machtiging voor, waarbij de redeneringen voor het verlenen van verlof verschillen. Achtereenvolgens wordt meer specifiek ingegaan op het doel, de criteria, diagnose, en machtiging om een indruk te krijgen van de groep die gebruik maakt van verlof.

- Het doel van verlof kan zijn te bekijken of de patiënt voldoende genezen is voor een voorwaardelijk ontslag of het beëindigen van de machtiging, maar het kan ook dienen om chronische patiënten de mogelijkheid te geven hun familie te bezoeken of om even uit de instelling te zijn. Zowel chronische als niet-chronische patiënten maken dus gebruik van de regeling. In driekwart van de besproken casussen is het verlof verleend om te kijken hoe het de patiënt buiten de instelling vergaat. In de overige gevallen gaat het om een patiënt van een chronische afdeling die in de gelegenheid wordt gesteld familie of vrienden te bezoeken en is het verlof dus niet primair gericht op terugkeer in de maatschappij.

- De criteria om een patiënt met verlof te laten gaan zijn in de onderzochte instellingen gelijklopend, namelijk een stabiele toestand van de patiënt en een psychiatrisch beeld dat een verlof toestaat. Andere vaak genoemde criteria zijn gewenning van de patiënt aan de medicatie en geschiktheid van de directe sociale omgeving van de patiënt (er moet iemand zijn om de patiënt op te vangen). De groep patiënten die met verlof gaat betreft volgens de respondenten dus mensen die een stabiel beeld laten zien, die aan medicatie gewend zijn en die door familieleden of vrienden worden opgevangen tijdens het verlof.

- Kijkend naar de diagnose blijkt er geen groep patiënten te zijn die structureel geen gebruik maakt van de verloffregeling.

- Bij de besproken casussen van verlof betreft het zowel patiënten die met een voortgezette inbewaringstelling zijn opgenomen als patiënten met een voorlopige machtiging of een machtiging tot voortgezet verblijf. Uit de interviews blijkt dat voor de patiënten die met een voorlopige machtiging of een machtiging tot voortgezet verblijf zijn opgenomen in de meeste instellingen de mogelijkheid bestaat om met verlof gaan. In een enkele instelling vindt men dat de verloffregeling niet geschikt voor deze patiënten, omdat een patiënt die met verlof kan, ook in staat is om met voorwaardelijk ontslag te gaan. In sommige instellingen wordt ook verlof verleend aan mensen die met een voortgezette inbewaringstelling opgenomen zijn. De reden die hiervoor aangedragen wordt is dat verloffregeling een goede mogelijkheid biedt om te bekijken of de patiënt "klaar" is voor het verlenen van ontslag door de geneesheer-directeur. Andere respondenten menen dat personen die met een voortgezette inbewaringstelling zijn opgenomen per definitie niet met verlof kunnen, omdat de inbewaringstelling dan net zo goed kan worden opgeheven.

2.9 De relevantie van de wettelijke bepalingen volgens de geïnterviewden

De geïnterviewde geneesheer-directeurs en psychiaters hebben in het algemeen een uitgesproken mening over de relevantie van een aantal wettelijke bepalingen rondom verlof.

Wettelijke bepalingen versus de behandelrelatie

De schriftelijke verklaring, de regels omtrent de beperkte duur en het melden van verlof langer dan 60 uur aan de inspectie vindt men niet zinvol. Men vraagt zich af wat de relatie is tussen deze regels en het belang van de patiënt. Enkele psychiaters geven aan dat bepaalde regels de behandelrelatie in de weg staan. Er wordt bijvoorbeeld opgemerkt dat het verstrekken van een schriftelijke verklaring niet past bij de relatie die de behandelaar heeft met zijn of haar patiënten. De relatie wordt onnodig geformaliseerd, bovendien wordt op deze wijze gesuggereerd dat mondelinge afspraken minder bindend zijn. Meerdere respondenten vinden dat de regels tot gevolg hebben dat ze veel tijd moeten besteden aan administratief werk. Die tijd gaat volgens hen af van de tijd die aan de patiënt besteed moet worden.

Door de Stichting Pandora wordt gemeld dat er bij patiënten veel onwetendheid is over de wettelijke bepalingen, dat patiënten vaak niet weten waar zij aan toe zijn en een gebrek aan informatie ervaren. Het naleven van formaliteiten, zoals de schriftelijke verklaring bij verlof, kan, aldus de Stichting Pandora, onzekerheid beperken.

Rol van de geneesheer-directeur

Verder vinden de respondenten dat de rol die aan de geneesheer-directeur wordt toegeschreven niet aansluit bij de praktijk van de behandelorganisatie waar de professional zelf verantwoordelijkheid draagt voor de behandeling van patiënten. Ook volgens een vertegenwoordiging van de Stichting Pandora komt de rol die de geneesheer-directeur heeft in de wet niet overeen

met de praktijk. Door ondoorzichtigheid in de rolverdeling tussen geneesheer-directeur en behandelaar ontstaat volgens hen onduidelijkheid bij patiënten en wordt het houden van toezicht bemoeilijkt.

Overleg derden

Het plegen van overleg met familieleden en andere hulpverleners vinden de respondenten vanzelfsprekend. Enkelen vinden het daarom overbodig dat deze bepaling in de wet is opgenomen.

Rechtspositie van de patiënt

Geen van de geneesheer-directeurs en psychiaters is van mening dat het niet naleven van de genoemde wettelijke bepalingen betreffende de termijn, het melden aan de inspectie en de schriftelijke verklaring leidt tot een verminderde bescherming van de rechtspositie van de patiënt. Er is volgens de geïnterviewden geen relatie tussen deze bepalingen en het versterken en beschermen van de rechtspositie. Waarom deze bepalingen in de wet zijn opgenomen is voor hen dan ook onduidelijk.

In de deskundigenronde voorafgaand aan de casestudies wordt dit beeld bevestigd door de geïnterviewde vertegenwoordigers van de patiënten/consumentenverenigingen. Zij vinden niet dat de schriftelijke verklaring, de bepaling omtrent de termijn en het verplichte overleg met de inspectie bij een verlof langer dan 60 uur een bijdrage leveren aan de versterken of bescherming van de rechtspositie van de patiënt. Wel kan het beter naleven van de wettelijke bepalingen onzekerheden bij patiënten reduceren. Patiënten lijken verder, aldus een van de respondenten, zelf niet voldoende op de hoogte van de wettelijke bepalingen. Instellingen kunnen door het verbeteren van de voorlichting hiervoor zorgen dat patiënten betere weten waar zij aan toe zijn.

2.10 Conclusies

Uit het voorgaande kan het volgende worden geconcludeerd:

- Het verkrijgen van een betrouwbaar inzicht in het aantal keer dat verlof verleend wordt, is niet mogelijk. Het centraal registreren van verlof is niet wettelijk verplicht en wordt in de praktijk, conform de wettelijke bepalingen, beperkt tot aantekeningen in het patiëntendossier. Dit blijkt uit de interviews en uit de casestudies. Zowel de ingevulde vragenlijsten als de bestanden uit het Bopzis II, hebben geen antwoord geboden op de vraag hoe vaak verlof voorkomt.
- De wet geeft een globale omschrijving van het begrip verlof, waarbij het doel is, voor zover in het belang van de patiënt gewenst, de patiënt tijdelijk in de maatschappij terug te laten keren. In de praktijk blijken de instellingen op gelijke wijze de wettelijke definiëring af te bakenen. In de praktijk blijkt men van verlof te spreken als de patiënt het ziekenhuis langer dan een dag verlaat, maar het bed in de instelling behoudt.
- Wat betreft het naleven van de wettelijke bepalingen worden de knelpunten zoals die uit de eerste evaluatie naar voren kwamen, in dit onderzoek opnieuw gesignaleerd. Bij verlof dat langer dan 60 uur duurt wordt geen overleg gepleegd met de inspectie, de patiënt krijgt geen schriftelijke verklaring van het verlof, het is niet de geneesheer-directeur, maar de behandelaar die het verlof verleent. Daarnaast blijkt dat niet alle instellingen zich houden aan de maximum termijn van twee weken. Er is derhalve op deze punten weinig verbetering geconstateerd ten opzichte van de eerste wetsevaluatie.
- Aan de overige wettelijke bepalingen wordt in het algemeen voldaan. Zo wordt het verlof verleend voor een aangegeven periode, voldoen de voorwaarden die worden gesteld aan het verlof aan de wettelijk gestelde beperkingen en vindt, indien mogelijk en indien nodig,

- overleg plaats met familie en andere hulpverleners.
- Het verlof wordt verleend als voorbereiding op een definitieve terugkeer van de patiënt in de maatschappij. Met name bij chronische patiënten wordt definitieve terugkeer niet als motivatie aangegeven voor verlof maar wordt door het verlof de mogelijkheid geboden om de instelling tijdelijk te verlaten. De patiënten die met verlof gaan dienen aan bepaalde criteria te voldoen. De instellingen geven op eenzelfde wijze invulling aan deze criteria. De groep patiënten die gebruik maakt van de verlofregeling is divers. Er worden geen diagnoses uitgesloten van verlof.
 - Het niet naleven van de bepalingen over het overleg met de inspectie, de schriftelijke verklaring en de beperkte rol van de geneesheer-directeur, heeft volgens de geneesheer-directeurs en de psychiaters geen invloed op de bescherming en versterking van de rechtspositie van de patiënt. Ook in enig ander opzicht wordt volgens de respondenten het belang van de patiënt niet geschaad door het niet naleven van de bepalingen. De geïnterviewden vinden in het algemeen de bepalingen die niet worden nageleefd niet zinvol en niet passend bij de praktijk. Dit oordeel wordt door patiëntenorganisaties deels onderstreept. Een gebrek aan kennis bij patiënten en onzekerheid bij patiënten over hun situatie en de rechtmatigheid van handelen, kunnen door betere voorlichting en het beter naleven van bepalingen, worden verminderd.

3

Ontslag

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de verschillende vormen van ontslag van een gedwongen opgenomen patiënt besproken. In paragraaf 3.2 komen deze vormen van ontslag aan bod. In 3.3 wordt ingegaan op de beschikbare gegevens over aantallen keren dat ontslag wordt verleend. Vervolgens worden de wettelijke bepalingen en de jurisprudentie over het ontslag behandeld (3.4). De overige paragrafen hebben betrekking op de wijze waarop het ontslag in de praktijk plaatsvindt. Achtereenvolgens worden behandeld de bekendheid van de wettelijke bepalingen (3.5), de naleving van de wettelijke bepalingen (3.6), wie verleent het ontslag? (3.7), de voorwaarden die aan het ontslag gesteld kunnen worden (3.8), de groep patiënten die van de regeling gebruik maakt (3.9), en de relevantie en geschiktheid van de wettelijke bepalingen (3.10). Tot slot volgen enkele conclusies.

Aan de geïnterviewde psychiaters is gevraagd om het dossier van de laatste keer dat zij ontslag verleenden, met de onderzoekers te bespreken. Hieruit kwamen zestien casussen. In veertien gevallen betrof het een voorwaardelijk ontslag, in twee gevallen ging het om het verlenen van onvoorwaardelijk ontslag door de geneesheer-directeur. Vervolgens is met de geneesheer-directeurs over hun rol bij de betreffende casus gesproken.

3.2 Verschillende vormen van ontslag

Volgens de Wet Bopz zijn verschillende vormen van ontslag mogelijk, die globaal te onderscheiden zijn in voorwaardelijk ontslag, ontslag zonder voorwaarden en ontslag op verzoek. Bij het *voorwaardelijk ontslag* (art. 47) verlaat de patiënt onder voorwaarden de instelling. In bepaalde, in de wet omschreven situaties, moet of kan het voorwaardelijk ontslag worden ingetrokken. De patiënt wordt dan zonder tussenkomst van de rechter weer in de instelling opgenomen.

Ontslag zonder voorwaarden (art. 48) wordt door de geneesheer-directeur verleend:

- als de patiënt niet langer in zijn geestesvermogen gestoord is of gevaarlijk is (in de praktijk wel genoemd het 'opheffen van de rechterlijke maatregel')
- als de geldigheidsduur van de rechterlijke machtiging is verstreken en geen verlenging of aansluitende machtiging is aangevraagd (het laten verlopen van de machtiging)
- na een toegekend ontslag op verzoek
- bij het uitblijven van een voortzetting van een inbewaringstelling.

Bij het verlenen van onvoorwaardelijk, definitief ontslag door de geneesheer-directeur wordt niet meer voldaan aan de criteria voor onvrijwillige opname, dat wil zeggen dat er geen sprake meer is van geestestoornis of van gevaar of dat het gevaar buiten de instelling kan worden afgewend.

Bij het *ontslag op verzoek* (art. 49) kan één van de volgende personen - de patiënt, de echtge-

noot, de ouders of andere bloedverwanten, voogd, curator, mentor, de inspecteur of de officier van justitie - aan de geneesheer-directeur ontslag van de patiënt verzoeken.

3.3 Aantal keer dat ontslag wordt verleend

Over het aantal keer dat ontslag of voorwaardelijk ontslag wordt verleend zijn slechts beperkt gegevens beschikbaar uit het Bopzis, de enquête onder alle medische administraties en uit de gesprekken met de geneesheer-directeurs en de psychiaters. In het PiGGz blijken geen gegevens over (voorwaardelijk) verlof en ontslag opgenomen te zijn en ook bij de regionale inspecties zijn geen eenduidige gegevens over ontslag beschikbaar. Een uitgebreid overzicht van de resultaten van het bronnenonderzoek en de beschikbare gegevens is opgenomen in respectievelijk bijlage 2 en bijlage 3.

Uit Bopzis zijn pas sinds 2000 bruikbare gegevens over het ontslag beschikbaar. Over het jaar 2000 zijn 852 meldingen van ontslag ingevoerd.

Voor instellingen blijkt het, analoog aan de situatie bij verlof, moeilijk de gevraagde gegevens over ontslag op het niveau van de totale instelling aan te leveren. Uit de enquête onder de medische administraties blijkt dat ongeveer de helft van het aantal instellingen dat de enquête invulde gegevens kan leveren over het aantal keer dat (voorwaardelijk) ontslag is verleend. De gegevens zijn niet goed vergelijkbaar omdat instellingen op een verschillende wijze registreren. Op grond van een zeer beperkte vergelijking tussen een klein aantal instellingen (N=4) die wel alle gevraagde gegevens kunnen opleveren, kan het volgende worden geconstateerd: In de betrokken instellingen gaat ongeveer eenderde van de gedwongen opgenomen patiënten met voorwaardelijk ontslag, eenderde gaat met onvoorwaardelijk ontslag door het verlopen van de rechterlijke maatregel en eveneens eenderde wordt onvoorwaardelijk ontslag verleend door de geneesheer-directeur, dat wil zeggen dat niet meer voldaan wordt aan de criteria voor onvrijwillige opname.

Voorts is bij deze instellingen gedurende de afgelopen drie jaar een afname te zien van het aantal verleende ontslagen door het aflopen van de beschikking en een toename van het aantal verleende voorwaardelijke ontslagen.

3.4 De wettekst en jurisprudentie

De regeling van het voorwaardelijk ontslag is vastgelegd in artikel 47 van de Wet Bopz, die van het ontslag in de artikelen 48 en 49. Voorwaardelijk ontslag kan - als tussenstap - worden verleend in situaties waarbij het gevaar weliswaar verminderd is, maar niet voldoende vaststaat dat het in zoverre afwezig is dat ontslag moet volgen. Aan het voorwaardelijk ontslag kunnen voorwaarden worden verbonden die betrekking hebben op het gedrag van de patiënt, maar de staatskundige vrijheid van de betrokkene niet beperken. Tot de voorwaarden kan eveneens behoren het onder toezicht stellen van een daartoe aangewezen instelling. De geneesheer-directeur pleegt indien nodig en mogelijk overleg met de naasten van de patiënt en diens voogd of curator, met degene door wie de patiënt voor zijn opneming werd verzorgd en met de instelling of psychiater die de patiënt voor zijn opneming begeleidde of behandelde en de huisarts. De geneesheer-directeur verschaft bij het verlenen van voorwaardelijk ontslag een schriftelijke verklaring aan de patiënt.

Analoog aan het intrekken van verlof, *moet* het voorwaardelijk ontslag worden ingetrokken door de geneesheer-directeur wanneer het gevaar (voortvloeiende uit de stoornis) dat noodzakelijk maakt en dit gevaar niet afgewend kan worden buiten het psychiatrisch ziekenhuis. Het voorwaardelijk ontslag *kan* worden ingetrokken wanneer patiënt de voorwaarden niet naleeft en op verzoek van de patiënt. Bij het niet nakomen van de gestelde voorwaarden, is intrekken niet dwingend voorgeschreven, omdat niet elke voorwaarden even zwaarwegend is en opname in

het ziekenhuis niet altijd noodzakelijk maakt. De geneesheer-directeur stelt de patiënt uiterlijk vier dagen na het intrekken van het voorwaardelijk ontslag schriftelijk in kennis onder mededeling van de redenen voor de intrekking. Deze beslissing kan door patiënt en voor iedere in artikel vier bedoelde personen verzocht worden door de rechtbank te vorderen.

Een onvoorwaardelijk ontslag uit het ziekenhuis wordt eveneens verleend door de geneesheer-directeur. Zo mogelijk en zo nodig wordt overleg gepleegd de naasten van de patiënt en diens voogd of curator, met degene door wie de patiënt voor zijn opname werd verzorgd en met de instelling of psychiater die de patiënt voor zijn opname begeleidde of behandelde en de huisarts. De geneesheer-directeur stelt van te voren de echtgenoot, wettelijk vertegenwoordiger alsmede de naaste (familie) betrekkingen van de patiënt op de hoogte van het voorgenomen ontslag. Bij ontslag van een gedwongen opgenomen patiënt wordt overleg gepleegd met de inspecteur. De geneesheer-directeur verschaft de patiënt een schriftelijke verklaring.

De patiënt, de echtgenoot, de ouders of andere bloedverwanten, voogd, curator, mentor, inspecteur en de officier van justitie kunnen aan de geneesheer-directeur ontslag van de patiënt verzoeken. De geneesheer-directeur beslist met in achtname van artikel 48. In geval van een afwijzende beslissing kan degene die de beslissing heeft verkregen de officier van justitie verzoeken de beslissing van de rechter te vorderen. Een weigering tot het inwilligen van een verzoek om ontslag leidt derhalve niet automatisch tot een oordeel van de rechter. Het verzoek wordt, indien dit afkomstig is van de patiënt, behandeld door een meervoudige kamer van arrondissementsrechtbank.

Jurisprudentie

De wet schrijft voor dat de geneesheer-directeur ontslag kan verlenen. De vraag kan worden gesteld of de geneesheer-directeur deze bevoegdheid kan mandateren aan de behandelaar. De lagere jurisprudentie tendert inderdaad in die richting. Over de vraag of ook de bevoegdheid tot het intrekken van het voorwaardelijk ontslag kan worden gemandateerd aan de behandelaar blijft ter discussie. In 1998 oordeelde de rechtbank in Roermond dat de bevoegdheid tot intrekking van het voorwaardelijk ontslag niet een zodanig karakter heeft dat de aard van de bevoegdheid zich tegen mandaatverlening verzet (kBJ 1998, nr. 52). Ook de rechtbank van Amsterdam oordeelde op 25 maart 1999 (kBJ 2000, nr. 27) dat de Wet Bopz zich niet verzet tegen mandatering van de bevoegdheid het voorwaardelijk ontslag in te trekken aan de behandelend arts. Dat mandatering ter discussie staat blijkt onder meer uit een uitspraak van de Hoge Raad dat de verantwoordelijkheid voor het verstrekken van een geneeskundige verklaring zich niet leent voor mandatering (HR 21 januari 2000, JOL. 2000, 23).

De mogelijkheid een verzoek tot ontslag in te dienen wordt gebruikt als 'beroepsmogelijkheid' tegen de beslissing tot het verlenen van een voorlopige machtiging. Hier staat namelijk geen gewoon rechtsmiddel open. Om toch een tweede beoordeling van een gedwongen opname mogelijk te maken kan een patiënt, wanneer hij het niet eens is met de beslissing van de rechter om een voorlopige machtiging te verlenen, (direct) na opname een verzoek om ontslag indienen bij de geneesheer-directeur. Bij een afwijzende beslissing van de geneesheer-directeur kan de aanvrager van het ontslag de officier van justitie verzoeken de beslissing van de rechter te vorderen. Dit verzoek tot ontslag moet, als het afkomstig is van de patiënt, door een meervoudige kamer worden behandeld. De ontslagprocedure heeft hiermee in feite de functie van hoger beroep aldus Bröring & Rutgers in een noot onder de uitspraak van de rechtbank van Zwolle op 5 oktober 1999 (kBJ 2000, nr. 18). De mogelijkheid tot het aanvragen van het ontslag op verzoek en de behandeling ervan door een meervoudige kamer hebben tot doel de rechtspositie van de patiënt te versterken.

3.5 Bekendheid met de wettelijke bepalingen

Tijdens de interviews is gevraagd naar de wijze waarop de wettelijke bepalingen zijn vertaald naar instellingsprotocollen of –procedures. Op deze wijze is bekeken welke wettelijke bepalingen bekend zijn en welke niet. Verder is tijdens het bespreken van de casussen gecheckt aan welke wettelijke bepalingen niet was voldaan en of dit werd veroorzaakt door onbekendheid.

De wettelijke bepalingen zijn volgens de helft van de respondenten goed bekend. De overige respondenten menen dat met name de bepalingen die veel gebruikt worden bekend zijn, zoals de verschillende vormen van ontslag. Eveneens is bekend dat de patiënt zelf om ontslag kan verzoeken en wat de te volgen procedures daarvoor zijn. Uit de interviews komt niet, zoals bij het verlof, naar voren dat bepaalde wettelijke bepalingen slecht bekend zijn. Bij het beschrijven van de vertaling van de wettelijke bepalingen naar instellingsprocedures komen in het algemeen alle wettelijke bepalingen aan bod: de patiënt krijgt een schriftelijke verklaring mee, er wordt met de nodige personen overleg gevoerd en de nodige personen zijn op de hoogte gesteld van het ontslag.

3.6 Naleving van de wettelijke bepalingen

In deze paragraaf wordt beschreven of de wettelijke bepalingen van de ontslagregeling uit de artikelen 47, 48 en 49 in de praktijk worden nageleefd. Aan de rol van de geneesheer-directeur en de behandelaar bij het verlenen van ontslag wordt in een aparte paragraaf (3.7) aandacht besteed.

Conclusies eerste evaluatie:

- Voorwaardelijk ontslag wordt slechts zo nu en dan overwogen en/of opgelegd
- Bij voorwaardelijke ontslag wordt uitgebreid overleg gepleegd met alle betrokken personen en instanties
- De gestelde voorwaarden hebben doorgaans betrekking op het innemen van medicatie en het nakomen van afspraken
- Onduidelijk is of gewerkt wordt met vaste protocollen of werkafspraken met ambulante zorgverleners
- De feitelijke beslissing tot ontslag ligt bij de behandelaar. De bemoeienis van de geneesheer-directeur is beperkt tot het ondertekenen van het formulier.

In het algemeen blijkt uit de interviews en de zestien casussen over ontslag dat de wettelijke bepalingen worden nageleefd. Wel worden de personen die volgens de wet op de hoogte gebracht moeten worden van het voorgenomen ontslag niet allemaal en niet altijd geïnformeerd. Dit blijkt onder andere uit ervaringen van familieleden van psychiatrische patiënten. Soms worden andere personen dan die in de wet worden genoemd op de hoogte gesteld of wordt met hen overleg gevoerd.

Verlening voorwaardelijk ontslag

In artikel 47 staat dat voorwaardelijk ontslag wordt verleend wanneer het uit de stoornis voortvloeiende gevaar zodanig is verminderd dat een ontslag onder voorwaarden verantwoord is en in het belang van de patiënt.

Uit de casussen en de interviews met de geneesheer-directeurs en de psychiaters blijkt dat in de praktijk aan deze bepalingen wordt voldaan. Het ontslag onder voorwaarden wordt verleend wanneer de behandelaar vindt dat de patiënt in staat is buiten de instelling te verblijven, zonder dat opnieuw gevaar dreigt of daadwerkelijk optreedt. Het voorwaardelijk ontslag wordt gezien

als de tweede stap, na het verlof, op weg naar definitief verblijf buiten de instelling en is dus, zo is de redenering van de respondenten, in het belang van de patiënt.

Ook komen situaties voor waarin voorwaardelijk ontslag wordt verleend aan patiënten waarvan de behandelaar vermoedt dat een ontslag zonder voorwaarden niet tot de verwachte mogelijkheden behoort.

Intrekken van het voorwaardelijk ontslag moet volgens artikel 47 gebeuren wanneer er een gevaarlijke situatie ontstaat. In één van de casussen onttrekt de patiënt zich aan medicatie en dreigt daardoor een gevaar voor zichzelf te worden. De patiënt moet opgenomen worden om ervoor te zorgen dat hij zijn medicatie weer neemt. Het ontslag wordt daarom ingetrokken. In de praktijk blijkt het bij het intrekken van ontslag meestal te gaan om patiënten die hun medicatie niet innemen. Als door deze situatie gevaar ontstaat of dreigt te ontstaan, wordt de patiënt opgenomen en het ontslag ingetrokken, aldus de geneesheer-directeurs en psychiaters. Het criterium voor het intrekken van een voorwaardelijk ontslag is dus niet zozeer het niet naleven van iedere gestelde voorwaarde, maar het ontstaan van een gevaarlijke situatie of de dreiging daarvan.

Verlenen van ontslag zonder voorwaarden

Ontslag zonder voorwaarden, dat wil zeggen definitief ontslag, wordt volgens artikel 48 verleend zodra de patiënt niet langer geestesgestoord is, niet langer gevaarlijk is, het gevaar buiten de instelling kan worden afgewend of de geldigheidsduur van de machtiging verlopen is, tenzij de patiënt vrijwillig opgenomen wenst te blijven.

Volgens de geïnterviewden gebeurt het verlenen van onvoorwaardelijk ontslag door de geneesheer-directeur om verschillende redenen. In het geval van een voortgezette inbewaringstelling, kan ontslag worden verleend wanneer de patiënt niet langer als geestesgestoord kan worden beschouwd. Deze situaties kunnen zich voordoen wanneer het psychiatrisch ziektebeeld is ontstaan als gevolg van drugsgebruik. Iemand kan daarvan na enige dagen zijn hersteld. Deze praktijk is conform de wettelijke bepalingen.

In het geval van een voorlopige machtiging of een machtiging tot voortgezet verblijf heeft het verlenen van onvoorwaardelijk ontslag door de geneesheer-directeur volgens de respondenten meestal te maken met het omzetten van een gedwongen verblijf in een vrijwillig verblijf en niet perse met ontslag uit het ziekenhuis. Ook wordt opgemerkt dat in uitzonderlijke gevallen ontslag wordt verleend aan een patiënt die ongeoorloofd afwezig is en waar het ziekenhuis geen verantwoordelijkheid voor wil dragen. Deze gang van zaken is niet in overeenstemming met de wettelijke bepalingen.

In sommige gevallen laat de behandelaar de expiratie datum van de machtiging bewust passeren. Daarvoor kan gekozen worden wanneer tegen het einde van de lopende machtiging de toestand van de patiënt dusdanig is verbeterd dat het aanvragen van een machtiging tot voortgezet verblijf niet nodig, mogelijk of wenselijk is. Met name bij voortgezette inbewaringstellingen zou dit volgens geïnterviewden voorkomen. De duur van deze maatregel is zo beperkt dat men kiest voor het laten passeren van de maatregel in plaats van het verlenen van ontslag.

Verlenen van ontslag op verzoek

In artikel 49 wordt beschreven op welke gronden de geneesheer-directeur een verzoek om ontslag dient in te willigen. Uit de interviews blijkt dat het ontslag op verzoek zich met een zekere regelmaat voordoet, maar dat slechts een enkele patiënt op deze wijze het ziekenhuis verlaat. Een verzoek wordt een enkele keer toegestaan. Dat kan bijvoorbeeld wanneer de behandelaar, de geneesheer-directeur of de rechter vindt dat aan de criteria voor een gedwongen opname feitelijk niet wordt voldaan, maar er bij de behandelaar geen vertrouwen is dat de patiënt zonder de machtiging de voorgeschreven medicatie neemt.

Of de wettelijke bepalingen in de praktijk worden gevolgd is uit de onderzoeksgegevens niet met zekerheid te zeggen, mede omdat bij geen van de ontslagcasussen sprake is van ontslag op verzoek.

Met wie wordt overleg gepleegd?

Zowel bij het voorwaardelijk als bij het onvoorwaardelijk ontslag moet volgens de wet indien mogelijk en nodig overleg worden gepleegd met de in artikel vier genoemde personen, degene die de patiënt verzorgde voor de opname, degene die de patiënt behandelde voor de opname en de huisarts.

Bij de besproken casussen is in ruim drie kwart van de gevallen overleg met de familie van de patiënt gevoerd. In één geval is er geen familie, in twee gevallen wil de patiënt geen contact tussen behandelaar en familie. In ongeveer een vijfde van de gevallen is er overleg met de huisarts geweest. In de helft van de gevallen is er overleg met een ambulante behandelaar. In de interviews komt naar voren dat overleg met familieleden in principe plaatsvindt. Redenen die worden aangevoerd om geen overleg te voeren zijn de afwezigheid van familieleden of de uitdrukkelijke wens van de patiënt geen contact te hebben met de familie. Daarnaast vindt overleg plaats met de ambulante hulpverleners, omdat zij bij een voorwaardelijk ontslag de zorg vaak overnemen. Met de huisarts van de patiënt wordt volgens de respondenten weinig overleg gevoerd. Een aantal patiënten heeft geen huisarts.

Wie worden op de hoogte gesteld?

Behalve dat, indien mogelijk en nodig, overleg dient plaats te vinden, stelt de wet (artikel 47 en 48) dat bij een voorwaardelijk ontslag de echtgenoot, de wettelijk vertegenwoordiger en de naaste familieleden van de patiënt hiervan op de hoogte gebracht moeten worden. In ruim de helft van de casussen is de familie op de hoogte gesteld van het voorwaardelijk ontslag. In twee gevallen weet de ambulante behandelaar niet of dit is gedaan, in twee gevallen wenst de patiënt geen contact tussen behandelaar en familie en in één geval is er geen familie. In de interviews stellen de geneesheer-directeurs en de psychiaters dat de familie in principe op de hoogte wordt gesteld tenzij de patiënt dat niet wil of de familie in het geheel niet bij de behandeling is betrokken.

Eén van de vertegenwoordigers van de patiënten/consumenten merkt op dat bij zijn vereniging enkele tientallen keren per jaar een klacht binnenkomt van familieleden die niet op de hoogte zijn gebracht van het ontslag van een patiënt. Dit wijst erop dat het wettelijke verplichte informeren van de familieleden niet in alle gevallen gebeurt. Verder vindt deze geïnterviewde dat behandelaars gemakkelijk schermen met het recht op privacy van de patiënt. Volgens hem wordt dit door sommige behandelaars gebruikt om de familie niet echt bij de behandeling te betrekken. Andere behandelaars doen juist moeite om de patiënt te overtuigen van het belang van contact met de familie. De consequenties hiervan voor de patiënt kunnen schadelijk zijn. De familie heeft zich dan immers op geen enkele manier kunnen voorbereiden op de komst van de patiënt.

De schriftelijke verklaring

De geneesheer-directeur geeft bij een (voorwaardelijk) ontslag aan de patiënt een schriftelijke verklaring waarin staat dat (voorwaardelijk) ontslag is verleend. In op één na alle casussen krijgt de patiënt een schriftelijke verklaring van het (voorwaardelijk) ontslag mee. Vrijwel altijd staan daarin ook de eventuele voorwaarden beschreven. Ook in de interviews stellen de geneesheer-directeurs en de psychiaters dat aan de patiënten zo'n verklaring wordt verschaft. In die verklaring staan de naam van de patiënt, het gegeven dat er (voorwaardelijk) ontslag is verleend en eventueel de voorwaarden van het ontslag.

Toezicht op naleving

De inspectie ziet toe op naleving van de wettelijke bepalingen. Bij een enkele instelling blijkt dat ook de officier van justitie controlerende bezoeken aflegt. In het algemeen vinden de respondenten de bezoeken van de inspectie zinvol en een betere wijze van toetsing dan de meldingsplicht die geldt bij bepaalde procedures. Het verplicht melden van allerlei handelingen, door een van de respondenten de “administratieve toetsing” genoemd, wordt ervaren als belastend en weinig zinvol. De inspectie koppelt niet terug, waardoor voor de geneesheer-directeurs en psychiaters onduidelijk is wat er met de geleverde gegevens gebeurt en of er iets mee gebeurt. Enkele geïnterviewden vinden dan ook dat de inspectie bezoeken vaker mogen plaatsvinden. Eén van de geneesheer-directeurs geeft aan dat de inspectie wel eens commentaar heeft op de wijze waarop de instelling het voorwaardelijk ontslag regelt, maar dat ze volgens hem geen mogelijkheden heeft tot sanctionering en dus geen verandering kan afdwingen.

3.7 Wie verleent het ontslag?

In deze paragraaf worden de rol van de geneesheer-directeur en de behandelaar beschreven bij het verlenen van de diverse vormen van ontslag. Uit het onderzoek blijkt dat er binnen de instellingen op uiteenlopende manieren invulling wordt gegeven aan de rol van de geneesheer-directeur als het gaat om het verlenen van ontslag.

Voorwaardelijk ontslag

In vrijwel alle geselecteerde instellingen wordt het ontslag onder voorwaarden verleend door de behandelaar, zo blijkt uit de interviews. In bijna een derde van de instellingen wordt het ontslag feitelijk verleend door de behandelaar, maar formeel door de geneesheer-directeur. De mandatering van de bevoegdheid om voorwaardelijk ontslag te verlenen verschilt per instelling. In een enkel geval is onduidelijk of deze bevoegdheid officieel gemandateerd is aan de behandelaar. In één van de instellingen is duidelijk dat de bevoegdheid niet is gemandateerd. In één instelling is de bevoegdheid op andere locaties dan de hoofdlocatie gemandateerd aan de behandelaar. Enkele instellingen hebben per locatie een eerste geneeskundige aan wie de bevoegdheid is gemandateerd.

Uit de bespreking van de casussen blijkt dat het voorwaardelijk ontslag in principe wordt verleend door de behandelaar. In de casussen waar dit niet het geval is, gaat het om een uitzonderlijke situatie (bijvoorbeeld omdat het een verlof van enkele weken betreft), of om een instelling waar het ontslag feitelijk door de behandelaar wordt verleend, maar formeel door de geneesheer-directeur of de eerste geneeskundige.

De rol van de geneesheer-directeur bij het verlenen van ontslag blijkt in de tien geselecteerde instellingen verscheidene vormen aannemen. De volgende manieren komen hierbij in ongeveer gelijke mate voor:

- de geneesheer-directeur heeft geen bemoeienis met het verlenen van voorwaardelijk ontslag, dit is geheel gemandateerd aan de behandelaar
- de geneesheer-directeur bemoeit zich uitsluitend administratief met het verlenen van ontslag, dat wil zeggen dat de behandelaar het voorwaardelijk ontslag meldt aan de geneesheer-directeur en dat de geneesheer-directeur de verklaring van het voorwaardelijk ontslag zoals die door de behandelaar is opgesteld, ondertekend
- de geneesheer-directeur ondertekent de verklaring en checkt of de juiste procedures zijn gevolgd en of de gestelde voorwaarden voldoen aan de wettelijke beperkingen.

Daarnaast geldt dat in een enkele instelling en bij de andere instellingen in uitzonderlijke situaties, de geneesheer-directeur zich medisch inhoudelijk bemoeit met het (voorwaardelijk)

ontslag.

Ontslag op verzoek

Verschillende personen kunnen een verzoek tot ontslag indienen bij de geneesheer-directeur, namelijk de echtgenoot, ouder(s), familie, voogd, curator, mentor, inspecteur en de officier van justitie. In de gesprekken is met name ingegaan op ontslagverzoek door de patiënt zelf. Als een patiënt een verzoek om ontslag indient wordt dit in het algemeen eerst aan de behandelaar gedaan. Als deze het verzoek niet kan inwilligen, kan de patiënt het verzoek schriftelijk richten aan de geneesheer-directeur. Kan deze het verzoek evenmin inwilligen dan kan de patiënt het verzoek aan de rechter richten.

De rol van de geneesheer-directeur bij het ontslag op verzoek verschilt per instelling. In de meeste gevallen is wel een gesprek van de geneesheer-directeur met de behandelaar van de patiënt. In enkele instellingen heeft de geneesheer-directeur in zo'n geval een gesprek met de betreffende patiënt. Eén geneesheer-directeur zegt uitsluitend een gesprek met de patiënt te hebben indien de informatie van de behandelaar onduidelijk is. Enkele geneesheer-directeurs doen in zo'n situatie zelf onderzoek door het dossier van de patiënt te bestuderen.

Ontslag zonder voorwaarden

In de casussen waarin ontslag zonder voorwaarden verleend werd omdat niet meer voldaan werd aan criteria voor gedwongen opname, is dat door de behandelaar gedaan. Uit de interviews blijkt dat ook bij het verlenen van onvoorwaardelijk ontslag, de rol van de geneesheer-directeur per instelling varieert. Zo is er in de ene instelling in een dergelijke situatie altijd contact tussen de behandelaar en de geneesheer-directeur. In een andere instelling bemoeit de geneesheer-directeur zich helemaal niet met het verlenen van onvoorwaardelijk, onvoorwaardelijk ontslag.

3.8 De voorwaarden

Uit de interviews komt naar voren dat de voorwaarden die worden gesteld aan het voorwaardelijk ontslag vergelijkbaar zijn met de voorwaarden die aan het verlof worden verbonden. Meestal gaat het om het innemen van medicatie en het houden van contact met een (vaak ambulante) behandelaar. Dit komt overeen met de conclusies uit de eerste wetsevaluatie. De behandelaar stelt de voorwaarden. Meestal is het de ambulante behandelaar die naleving controleert. Meer gedetailleerd komt het volgende naar voren uit de casestudies:

- Bij de besproken casussen is het innemen van medicatie in alle gevallen een voorwaarde. In ruim drie kwart van de casussen is een andere voorwaarde het zich houden aan afspraken met de behandelaar of casemanager. Deze kan ambulant zijn of verbonden aan de (poli)kliniek. Verdere genoemde voorwaarden zijn een beperkt gebruik van cannabis en een gedrag van de patiënt zodanig dat er geen klachten over de hem bij de politie komen. Bij één casus wordt behalve aan de patiënt ook aan de instelling een voorwaarde gesteld: als de patiënt in staat is een bepaalde tijd achter elkaar uit de instelling te blijven zoekt de instelling naar zelfstandige woonruimte voor patiënt. De Stichting Pandora krijgt regelmatig vragen van patiënten over de rechtmatigheid van de inhoud van de voorwaarden. Dit gaat met name over voorwaarden die patiënten beperken in de bewegingsvrijheid.

- Volgens de geneesheer-directeurs en de psychiaters stelt de behandelaar, vaak in overleg met patiënt, de voorwaarden op. Uit de casussen blijkt dat in verreweg de meeste gevallen de geïnterviewde psychiater betrokken is bij het opstellen van de voorwaarden. Soms gebeurt dat in overleg met de verpleging, een casemanager, een arts (assistent), een ambulante hulpverle-

ner. De patiënt wordt in de casusbesprekingen zelden als overlegpartner genoemd.

- De relatie tussen de voorwaarden en het gevaar komt er vrijwel altijd op neer dat zonder medicatie de kans bestaat dat zich een toestand voor zal doen waarin het gevaar weer ontstaat. In een enkel geval is die veronderstelling gebaseerd op eerdere ervaringen. Meestal zijn het hulpverleners uit de ambulante sector die regelmatig contact hebben met de patiënt en dus ook controleren of de patiënt de gestelde voorwaarden naleeft. Bij het niet naleven van de voorwaarden volgt zelden gelijk een opname. Net als bij het verlof wordt vaak gewacht met een opname tot er mogelijk een gevaarlijke situatie ontstaat. Het (dreigend) gevaar is dus in feite het criterium voor opname.

3.9 Een typering van de groep patiënten die gebruik maakt van de ontslagregeling

De groep die gebruik maakt van de ontslagregeling is nauwelijks anders van samenstelling dan de groep die met verlof gaat. Een verschil is dat de patiënten die ernstig ziek zijn nog wel met verlof, maar niet met ontslag kunnen gaan. Er is geen diagnose die de groep patiënten die met ontslag gaat kenmerkt. Evenmin worden bepaalde diagnoses van de ontslagregeling uitgesloten. Met name aan patiënten met een voorlopige machtiging of een machtiging tot voortgezet verblijf wordt ontslag verleend.

- Uit de interviews blijkt dat er geen specifieke groep patiënten wel of geen gebruik maken van de ontslagregeling als wordt gekeken naar de gestelde diagnose. Dit wil niet zeggen dat alle aan patiënten uiteindelijk (voorwaardelijk) ontslag wordt verleend. Er is namelijk een groep patiënten wiens toestand een terugkeer naar de maatschappij onmogelijk maakt. Deze patiënten zijn voor de rest van hun leven aangewezen op de instelling.

- Voorwaardelijk ontslag wordt met name verleend aan patiënten die met een voorlopige machtiging of een machtiging tot voortgezet verblijf zijn opgenomen. Enkele respondenten maken echter ook melding van situaties waarin iemand die met een inbewaringstelling met voorwaardelijk ontslag gaat. Bijvoorbeeld wanneer de behandelaar vindt dat iemand goed is opgeknapt, maar toch een vinger aan de pols wil houden.

3.10 Relevantie van de wettelijke bepalingen volgens de geïnterviewden

De wettelijke bepalingen voor het ontslag worden volgens het merendeel van de geïnterviewden ervaren als relevant. De bepalingen sluiten meer dan die van het verlof aan op de gang van zaken rond de behandeling van patiënten, zoals die gebruikelijk is in de instellingen en bevatten nauwelijks elementen die niet eigen zijn aan de behandelpraktijk. Wel worden enkele punten van kritiek genoemd.

Administratieve belasting

Ongeveer een vijfde van de psychiaters geeft aan dat de papieren rompslomp hen een doorn in het oog is. Deze psychiaters zijn allen werkzaam op een opname afdeling. De patiënten verblijven hier gemiddeld slechts enkele weken. Zij besteden daardoor relatief meer tijd aan administratieve handelingen dan behandelaars van afdelingen voor langdurige zorg.

Rol van de geneesheer-directeur

De term geneesheer-directeur, zoals die in de wet wordt gehanteerd en de bijbehorende bevoegdheden, zouden volgens een groot deel van de geïnterviewde geneesheer-directeurs en

psychiaters vervangen moeten worden door de term behandelaar.

Men vindt het onnodig en praktisch niet haalbaar dat de geneesheer-directeur door de wet als eindverantwoordelijke wordt beschouwd. De instellingen zijn vaak verspreid over meerdere locaties en bovendien zo groot dat het voor een geneesheer-directeur niet mogelijk is zich persoonlijk met patiënten te bemoeien. Ook wordt opgemerkt dat de wet wat dit betreft niet in overeenstemming is met de behandelorganisatie waar de professional verantwoordelijkheid draagt voor de behandeling van zijn patiënten.

De Stichting Pandora bevestigt het beeld en stelt dat de discrepantie tussen wet en praktijk de mogelijkheden voor controle op naleving van de wet beperkt.

In kennis stellen derden

Ongeveer een derde van de geneesheer-directeurs en psychiaters geeft aan dat de lijst van personen die in kennis gesteld moeten worden van het voorwaardelijk ontslag overbodig is, omdat de behandelaar en de patiënt het beste zelf kunnen bepalen welke personen hiervan in kennis gesteld moeten worden. Bovendien, zo geven de geïnterviewden aan, is van de situatie afhankelijk met welke personen overleg wordt gevoerd en welke personen op de hoogte worden gesteld. In sommige gevallen worden (ook) personen die niet in de wet staan vermeld (zoals burens of vrienden van de patiënt of de politie) op de hoogte gebracht van het voorgenomen ontslag of wordt met hen overleg gevoerd. Net als bij het verlenen van verlof geldt dat niet alle patiënten prijs stellen op contact tussen behandelaar en familie. Een enkele geïnterviewde geeft aan dat deze bepaling de privacy van de patiënt aantast.

Kortdurende opname

Eén van de geneesheer-directeurs zou graag zien dat patiënten die met voorwaardelijk ontslag zijn, zonder formaliteiten enkele dagen opgenomen kunnen worden en weer onder voorwaarden met ontslag kunnen. Het komt wel eens voor dat een patiënt die met voorwaardelijk ontslag is medicatie weigert. Na enkele dagen in de kliniek geeft de patiënt aan akkoord te gaan met het toedienen van medicatie. Om iemand dan weer te laten gaan moet opnieuw de procedure voor het voorwaardelijk ontslag worden doorlopen.

3.11 Conclusies

Over wet en praktijk van ontslag conform de Wet Bopz kan het volgende worden geconcludeerd:

- Het aantal keer dat ontslag of voorwaardelijk ontslag verleend wordt, is bij een deel van de instellingen die de vragenlijst hebben geretourneerd, bekend. Op grond van een zeer beperkte vergelijking is geconcludeerd dat in de betrokken instellingen ongeveer eenderde van de patiënten met ontslag gaat als de beschikking afloopt, ongeveer eenderde onder voorwaarden met ontslag gaat en eveneens eenderde zonder voorwaarden met ontslag gaat voordat de beschikking, de rechterlijke machtiging of de inbewaringstelling, afloopt. Verder is bij dit beperkt aantal instellingen gedurende de afgelopen drie jaar een afname te zien van het verlenen van ontslag door het aflopen van de beschikking en een toename van het ontslag onder voorwaarden. Ontslag onder voorwaarden lijkt in algemene zin vaker toepassing te vinden dan ten tijde van de eerste wetsevaluatie.
- Hoewel aantallen niet gegeven kunnen worden blijkt, in tegenstelling met de conclusies uit de eerste wetsevaluatie, voorwaardelijk ontslag in de huidige praktijk regelmatig verleend te worden.
- De bekendheid van de geneesheer-directeurs en psychiaters met de wettelijke bepalingen over ontslag is groot. Bovendien zijn er geen bepalingen die stelselmatig niet worden nageleefd. De personen die volgens de wet op de hoogte gebracht moeten worden van het

voorgenomen ontslag worden echter niet allemaal en niet altijd geïnformeerd. Soms worden andere personen dan die in de wet worden genoemd op de hoogte gesteld of wordt met hen overleg gevoerd.

- De voorwaarden die aan het ontslag verbonden worden hebben vrijwel altijd betrekking op het innemen van medicatie en het houden van contact met een (vaak ambulante) behandelaar. Evenals bij verlof wordt aan patiëntengroepen met verschillende diagnoses (voorwaardelijk) ontslag verleend.
- De terminologie over ontslag en voorwaardelijk ontslag in de praktijk komt niet altijd overeen met de in de wet gehanteerde terminologie. Zo wordt in de praktijk bijvoorbeeld gesproken van het opheffen van de machtiging, waarmee ontslag zonder voorwaarden wordt bedoeld en wordt de term proefverlof gehanteerd waar voorwaardelijke ontslag wordt bedoeld.
- De geïnterviewde geneesheer-directeurs en psychiaters ervaren de bepalingen rond het ontslag als minder belastend en als beter geschikt dan de verlofregeling. Men vindt de bepalingen inhoudelijk geschikt en in het belang van de patiënt. Het niet naleven van deze bepalingen zou de rechtspositie van de patiënt schaden. Kritiekpunten aangaande de bepalingen betreffen de rol van de geneesheer-directeur volgens de wet en de bepaling over de te informeren personen. In de praktijk blijkt, zoals ook in de eerste wetsevaluatie is geconcludeerd, de feitelijke beslissing tot ontslag bij de behandelaar te liggen. In veel instellingen is de bemoeienis van de geneesheer-directeur bij het verlenen van ontslag beperkt en wordt het ontslag verleend door de behandelaar. De geneesheer-directeurs en psychiaters vinden verder dat de lijst van te informeren personen en personen met wie overlegd dient te worden, beter door henzelf en eventueel samen met de patiënt bepaald kan worden. Dat deze bepaling omtrent de te informeren personen niet altijd wordt nageleefd blijkt uit de klachten van familieleden over patiënten die zonder hun medeweten zijn ontslagen.

4

De paraplumachtiging

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de paraplumachtiging besproken. Van een paraplumachtiging is sprake wanneer verlenging van een machtiging wordt verleend zonder dat de patiënt daarvoor hoeft te worden opgenomen. Het doel van de paraplumachtiging is, in tegenstelling tot de reguliere rechterlijke machtiging, niet een opname in een psychiatrische ziekenhuis, maar om behandeling buiten het ziekenhuis mogelijk maken. De paraplumachtiging vindt plaats door het verlenen van een voorlopige machtiging of een machtiging tot voortgezet verblijf, direct gevolgd door voorwaardelijk ontslag.

Discussiepunt bij de paraplumachtiging is dat feitelijk aan één van de drie criteria voor een gedwongen opname niet wordt voldaan. Uit het gegeven dat de patiënt buiten de instelling woont, moet immers worden geconcludeerd dat het gevaar buiten de instelling kan worden afgewend. De paraplumachtiging is in de Wet Bopz geen begrip, maar is in 1998 door de Hoge Raad bekrachtigd als één van de modaliteiten van de rechterlijke machtiging. De paraplumachtiging vindt zijn grondslag in artikel 15 van de wet (machtiging tot voortgezet verblijf), maar is volgens de Hoge Raad minder verstrekkend. De Hoge Raad zegt daarnaast dat de maatregel aansluit bij de mogelijkheden van verlof onder voorwaarden en voorwaardelijk ontslag, maar koppelt de paraplumachtiging niet aan een voorwaardelijk ontslag.

De opbouw van het hoofdstuk is als volgt. In paragraaf 4.2 worden de beschikbare gegevens over de aantallen afgegeven paraplumachtigingen gepresenteerd. In 4.3 komt de jurisprudentie aan bod. Daarna wordt de praktijk beschreven (4.4), de voorwaarden die aan een paraplumachtiging worden gekoppeld (4.5) en de geschiktheid van de machtiging volgens de geneesheer-directeurs en psychiaters (4.6). Tot slot worden enkele conclusies beschreven.

Met de psychiaters zijn vijftien casussen besproken waarin een paraplumachtiging is verleend. Vervolgens is met de geneesheer-directeurs gesproken over hun rol in de betreffende casus.

4.2 Aantallen verleende paraplumachtigingen

Vanaf 1998 kan de paraplumachtiging worden beschouwd als een van de modaliteiten van een rechterlijke machtiging en als juridisch toegestaan. Gezien het feit dat de paraplumachtiging als zodanig geen begrip in de Wet Bopz is, en gezien de discussie (zie paragraaf 4.3) over de vraag in hoeverre de paraplumachtiging verschilt van ontslag onder voorwaarden, is het verzamelen en presenteren van kwantitatieve gegevens over aantallen paraplumachtigingen een heikele kwestie die onder groot voorbehoud moet worden geïnterpreteerd. Het Bopz kent geen categorie paraplumachtiging, en de categorie als zodanig zal ook bij medische administraties niet altijd goed te onderscheiden zijn. Niettemin is op grond van bovengenoemde omschrijving in de enquête onder medische administraties expliciet gevraagd naar aantallen

paraplumachtigingen over de afgelopen jaren om een indicatie te krijgen. Het beeld dat daaruit naar voren komt is zeer divers en onderstreept waarschijnlijk dat deze aantallen weinig zeggend zijn. De aantallen verleende paraplumachtigingen per instelling vertonen zeer forse verschillen. Het aantal instellingen dat gegevens heeft over de aantallen verleende paraplumachtigingen verschilt per jaar en is laag. Bij de betreffende instellingen wordt gemiddeld per instelling, zeven keer per jaar een paraplumachtiging verleend. Dit aantal varieert echter sterk, namelijk van nul tot 25 paraplumachtigingen per jaar per instelling. Een overzicht van de gegevens van de instellingen is opgenomen in bijlage 4.

Belangrijker nog dan de gegevens van de medische administraties - waar immers registratieknelpunten rond de paraplumachtiging voor de hand liggen - is dat ook uit de interviews met de geneesheer-directeurs en psychiaters een zeer divers beeld naar voren komt. Uit deze gesprekken blijkt ook dat in sommige instellingen per jaar slechts enkele patiënten met een paraplumachtiging buiten de instelling verblijven. In andere geselecteerde instellingen zijn dat vijftig tot honderd patiënten.

Verklaringen voor deze grote diversiteit kunnen liggen aan het feit dat paraplumachtiging geen Bopz begrip is en daarom niet als categorie in registraties voorkomt, of in een verschil in opvatting van het begrip paraplumachtiging (paraplumachtigingen worden bijvoorbeeld als ontslag onder voorwaarden opgevat en geregistreerd). Mogelijk inhoudelijke verklaringen komen in de interviews naar voren: het verschil in de normen die rechters hanteren als het gaat om het verlenen van paraplumachtigingen, verschillen tussen visies en doelstellingen van de instellingen (een doel kan zijn om zoveel mogelijk gedwongen opgenomen patiënten buiten de instelling te laten verblijven, een ander mogelijk doel is om gedwongen opnamen om te zetten in vrijwillige opnamen) en verschillen in de patiëntenpopulaties van de instellingen.

4.3 Jurisprudentie

De paraplumachtiging als zodanig komt in de Wet Bopz niet voor. In december 1998 deed de Hoge Raad een uitspraak waaruit blijkt dat de paraplumachtiging juridisch gezien geoorloofd is (kBJ 1998, 58). De Hoge Raad stelt dat een paraplumachtiging kan worden verleend als het door de betrokkene veroorzaakte gevaar alleen kan worden afgewend als de patiënt medewerking blijft geven aan een vereiste behandeling, maar die medewerking op basis van vrijwilligheid onvoldoende is gewaarborgd. Deze uitspraak heeft (onder andere) de discussie in gang gezet over de vraag of de paraplumachtiging valt binnen het wettelijk kader van de Wet Bopz. Onder deskundigen blijkt hierover verschil van mening te bestaan. Voorstanders stellen dat een paraplumachtiging niets anders is dan een verlenging van het ontslag onder voorwaarden, en dat het in principe niets uitmaakt of de patiënt zich fysiek in of buiten de inrichting bevindt. Ook wanneer de patiënt buiten de inrichting woont, valt hij formeel gezien onder de verantwoordelijkheid van de inrichting. Tegenstanders vinden dat de paraplumachtiging niet binnen de grenzen van de huidige wetgeving valt, omdat het een oneigenlijk gebruik van regeling voor ontslag onder voorwaarden betreft. Bij dit oneigenlijk gebruik van het voorwaardelijk ontslag kunnen zich allerlei vragen voordoen, bijvoorbeeld hoelang men door kan gaan met het verlenen en de mogelijkheid de patiënt in het geheel niet meer op te nemen. Het doel van een paraplumachtiging zou volgens hen wezenlijk anders zijn dan dat van het ontslag onder voorwaarden, namelijk behandeling buiten de instelling maar met behoud van de machtiging. Het voorwaardelijk ontslag daarentegen zou bedoeld zijn om te bezien of de patiënt in staat is zonder machtiging buiten de instelling te verblijven.

Over verschillende kwesties hebben zijn door rechtbanken uitspraken gedaan. De rechtbank in Roermond heeft in 1999 gesteld dat de Wet Bopz zich niet verzet tegen het steeds opnieuw verlenen van een paraplumachtiging. (kBJ 2000, 12). Een paraplumachtiging

kan echter niet worden verleend aan een patiënt die bereid is de behandeling vrijwillig voort te zetten, aldus de rechtbank in Amsterdam in 1999 (kBJ 1999, 45). Ook indien de betrokkene niet bereid is de gestelde voorwaarden na te leven kan een vordering tot verlening van een paraplumachtiging, volgens de rechtbank in Groningen (kBJ 2000, 29) afgewezen worden. Ook een paraplumachtiging is, aldus een uitspraak van de rechtbank in Zwolle, mogelijk (kBJ 2000, 38). Door de rechtbank in Groningen is een opvallende uitspraak gedaan over de voorwaarden die gesteld mogen worden (kBJ 1999, 48). De rechtbank oordeelt, bij het verlenen van een paraplumachtiging, dat een aantal van de voorgestelde voorwaarden niet kunnen worden gesteld. Het gaat hierbij om het door de betrokkene zelf ophalen van medicatie, deelname aan een werkproject en de voorwaarde dat de betrokkene geen bedreigingen mag uiten. Het niet naleven van de genoemde voorwaarden zou volgens de rechtbank niet direct leiden tot gevaar en de voorwaarde over de bedreigingen is te ruim gesteld. De rechter legt hiermee een maatstaf aan ten aanzien van de te stellen voorwaarden, waarna een discussie op gang is gekomen in hoeverre de rechter hiermee op de stoel van de behandelaar gaat zitten. Tenslotte verleent de rechtbank in Almelo februari 2000, vooruitlopend op aanstaande wetgeving een zogenaamde voorwaardelijke machtiging. De betrokkene heeft zich bereid verklaard de gestelde voorwaarden na te leven. De betrokkene kan door de behandelaar worden opgenomen in een psychiatrische ziekenhuis als de gestelde voorwaarden niet worden nageleefd of op verzoek van de betrokkene (kBJ 2000, 24).

4.4 De praktijk van de paraplumachtiging

Uit de interviews valt af te leiden dat algemeen bekend dat de paraplumachtiging via de jurisprudentie een toegestane modaliteit van de rechterlijke machtiging. De gevaarscriteria zijn bekend en men weet dat er een geneeskundige verklaring afgegeven dient te worden. De termijnen worden veelal in de gaten gehouden door de medische administraties en het belang ervan is bij de respondenten bekend.

Over de vraag wie de geneeskundige verklaring dient te schrijven heerst enige onduidelijkheid. Volgens sommige geïnterviewden kan de eigen behandelaar dat doen. Anderen stellen dat een onafhankelijke, dat wil zeggen niet bij de behandeling betrokken, psychiater de verklaring moet opstellen. Verder wordt opgemerkt dat door het huidige wetsvoorstel van de voorwaardelijke machtiging de regels hierover zullen veranderen. Dat laatste is inderdaad het geval. Nu nog mag de eigen behandelaar (onder verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur) de geneeskundige verklaring schrijven, na de eventuele invoering van het wetsvoorstel 'voorwaardelijke machtiging' kan dat uitsluitend door een onafhankelijke psychiater worden gedaan (zie 5.3).

De geïnterviewden ervaren dat de wijze waarop de rechter beoordeelt of aan de criteria voor het verlenen van een paraplumachtiging is voldaan verschilt. Bij de ene rechter zijn meer argumenten nodig voor een verlenging van de machtiging van een thuiswonende patiënt dan bij de andere rechter. Het meest doorslaggevende argument is volgens de geïnterviewden dat in het verleden is gebleken dat de patiënt zich zonder rechterlijke machtiging onttrok aan medicatie en opnieuw opgenomen diende te worden. Een ander argument dat wel wordt gebruikt is dat de patiënt zelf aangeeft een stok achter de deur nodig te hebben.

In de interviews komt naar voren dat psychiaters geneigd zijn te anticiperen op de wijze waarop de rechter beoordeelt of aan de wettelijke criteria is voldaan. Ze schatten de kans in dat een rechterlijke beoordeling inderdaad leidt tot een machtiging en nemen mede op grond daarvan de beslissing om een machtiging al dan niet aan te vragen. Soms leidt dit ertoe dat geen machtiging wordt gevraagd.

De Stichting Pandora constateert ook dat de paraplumachtigingen op verschillende manieren worden gehanteerd en dat hier door de rechtbanken een eigen invulling aan wordt gegeven, hetgeen rechtsongelijkheid veroorzaakt.

Bij de besproken casussen heeft in ruim drie kwart van de gevallen de geneesheer-directeur de, door de behandelaar opgestelde, geneeskundige verklaring mede ondertekend en heeft in de overige gevallen de geneesheer-directeur de verklaring zelf opgesteld. Ook uit de interviews blijkt dat de rol van de geneesheer-directeur bestaat uit het ofwel mede ondertekenen van de geneeskundige verklaring (in ruim driekwart van de onderzocht instellingen) ofwel het opstellen ervan. In het laatste geval heeft de geneesheer-directeur een gesprek met de patiënt en eventueel de familie.

Uit de interviews blijkt dat de diverse rechtbanken verschillende normen hanteren als het gaat om het verlengen van een paraplumachtiging. De ene rechtbank heeft als regel dat een paraplumachtiging in principe slechts één keer kan worden gegeven. Bij andere rechtbanken zijn meerdere paraplumachtigingen achter elkaar niet problematisch. Bij weer een andere rechtbank kan de machtiging maximaal drie maal worden verlengd.

4.5 De voorwaarden

De voorwaarden die in de praktijk aan de patiënten worden gesteld bij de paraplumachtiging, verschillen niet van die welke bij het verlof en voorwaardelijk ontslag worden gesteld, namelijk het gebruiken van medicatie en het onderhouden van contact met de behandelaar. Ook de relatie tussen de voorwaarden en het gevaar is hetzelfde als bij het verlof en ontslag. Uit de interviews zou wel afgeleid kunnen worden dat meer dan bij het verlof en ontslag de voorwaarden in overleg met de patiënt worden opgesteld.

Controle van de voorwaarden vindt meestal plaats door ambulante behandelaars, zoals een casemanager, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een lid van een transmuraal team, een begeleider van een beschermde woonvorm.

Bij de besproken casussen is het nemen van medicatie in bijna alle gevallen een voorwaarde. In op één na alle casussen is contact met een behandelaar een voorwaarde. Andere genoemde voorwaarden zijn: niet automutuleren, verblijven in de beschermde woonvorm, verblijven in het pension, niet overnachten bij moeder, de afspraken met de activiteitenbegeleiding nakomen. Met één patiënt is afgesproken dat bij het niet naleven van de voorwaarden onmiddellijk opname volgt.

Enkele psychiaters geven aan dat het lastig is te bepalen wanneer het moment is aangebroken om iemand weer op te nemen als blijkt dat de voorwaarden niet worden nageleefd. De behandelaar wil enerzijds de autonomie van de patiënt niet teveel beperken en de behandelrelatie niet onnodig onder druk zetten. Anderzijds wil de behandelaar voorkomen dat de patiënt opnieuw in een (dreigend) gevaarlijke situatie beland. Wat het beste is voor de patiënt, is in een dergelijke situatie niet altijd zondermeer duidelijk.

4.6 Een typering van de groep patiënten aan wie een paraplumachtiging wordt verleend

De groep patiënten met een paraplumachtiging kenmerkt zich vooral door een gebrek aan ziekte-inzicht waardoor men de neiging heeft zich aan medicatie te onttrekken. Deze medicatie-ontrouw zou blijken uit de (vaak meerdere) eerdere opnamen. Dit wordt niet in de door de psychiaters aangedragen casussen teruggevonden. Meer gedetailleerd blijkt uit de casussen en interviews het volgende.

Het doel van de paraplumachtiging is patiënten voor langere tijd op voorwaarden buiten de instelling te laten verblijven. De kans op een onvoorwaardelijk ontslag is afhankelijk van de geschiedenis van de patiënt en het verloop van de paraplumachtiging. Hoe vaker de patiënt zich onttrekt aan medicatie, des te kleiner wordt de kans op een onvoorwaardelijk ontslag. De patiënten die een paraplumachtiging krijgen, hebben zich veelal eens of meerdere keren onttrokken aan hun medicatie. Vaak is dat voorgekomen tijdens een voorwaardelijk ontslag.

Bij de besproken casussen gaat het in ongeveer de helft van de gevallen om patiënten die na een eerste opname met voorwaardelijke ontslag zijn gegaan en waar nu een paraplumachtiging voor wordt aangevraagd. In de gesprekken met de geneesheer-directeurs en de psychiaters komt naar voren dat voor patiënten een paraplumachtiging wordt aangevraagd wanneer gebleken is dat ze zonder machtiging niet buiten de instelling kunnen verblijven, omdat ze hun medicatie niet of onvoldoende innemen. Hoewel dat niet uit een deel van de cases blijkt, gaat het dan, volgens de geïnterviewden vrijwel altijd om patiënten die een voorgeschiedenis hebben in de psychiatrie en die meerdere malen gedwongen zijn opgenomen, omdat ze zich zonder machtiging onttrekken aan medicatie. Een andere reden om een paraplumachtiging aan te vragen is een regelmatige terugval van de patiënt waardoor een korte opname noodzakelijk is, of een uitdrukkelijke verzoek om een paraplumachtiging van de patiënt zelf. De paraplumachtiging dient dan als een soort zelfbeschikkingsverklaring: als het niet goed gaat met de patiënt stemt hij middels de paraplumachtiging van te voren in met opname.

De patiënten die een paraplumachtiging krijgen moeten in staat zijn zonder gevaar te veroorzaken, buiten de instelling te verblijven voor een langere tijd. Dit betekent dat is gebleken dat ze stabiel functioneren wanneer ze medicatie innemen. Een tweede criterium is dat tijdens de opname of het voorwaardelijk ontslag (enige) medicatietrouw is gebleken. De behandelaar zal in het algemeen echter niet geheel zeker zijn dat medicatie wordt ingenomen. Als dat wel zo is, ligt een ontslag immers meer voor de hand.

In meer dan de helft van de besproken casussen waarin een paraplumachtiging is verleend, betreft het patiënten waarbij de diagnose schizofrenie is. Dit in tegenstelling tot bij het voorwaardelijk ontslag, waar geen sprake is van een specifieke patiëntengroep die wel of geen gebruik maken van de ontslagregeling. De overige besproken paraplumachtigingen hadden betrekking op patiënten met diagnoses als psychose, cognitieve stoornis, borderline stoornis en schizo-affectieve stoornis.

Patiënten die niet of nauwelijks daadwerkelijk in de instelling opgenomen zijn geweest krijgen volgens de geïnterviewden geen paraplumachtiging. Een opname is noodzakelijk om tot een diagnose te komen en om een behandelplan op te stellen. Een heel enkele keer betreft het een patiënt die kort (minder dan een maand) is opgenomen. Volgens de respondenten gaat het dan altijd om een bekende van de GGZ.

Een deel van de patiënten met een paraplumachtiging zal, volgens de geneesheer-directeurs en psychiaters in staat zijn gedurende een lange tijd in evenwicht te blijven en dus buiten de instelling. Er zijn echter ook patiënten waarvan het niet ondenkbaar is dat ze steeds opnieuw een korte opname nodig hebben. De aard van het gevaar die een gedwongen opname van de patiënten die thuis verblijven nodig maakt, kan bestaan uit ernstige vervuiling en zelfverwaarlozing, maar kan ook gevaar voor anderen zijn.

4.7 De geschiktheid van de paraplumachtiging volgens de geïnterviewden

Het overgrote deel van de geïnterviewde geneesheer-directeurs en psychiaters zegt dat de paraplumachtiging voorziet in een belangrijke behoefte, namelijk de behoefte om patiënten langdurig thuis te laten verblijven en tevens, door het stellen van voorwaarden een bepaalde vorm van behandeling mogelijk te maken. De belangrijkste reden die hiervoor genoemd wordt is dat men vindt dat het beter is voor de patiënt om buiten de instelling te verblijven dan te zijn opgenomen. De paraplumachtiging voorkomt hospitalisatie van de patiënt en vergroot diens zelfredzaamheid, zo verwoorden enkele psychiaters de voordelen van de machtiging. Het effect van de maatregel is dus dat extramuralisering plaats kan vinden. Verder biedt de machtiging de behandelaar de gelegenheid om patiënten op te nemen voordat de situatie geheel uit de hand loopt en er gevaar dreigt te ontstaan. De geneesheer-directeurs en psychiaters vinden dat dit veel ellende voor zowel de patiënt als diens omgeving kan voorkomen.

Over de vraag of de paraplumachtiging beschouwd moet worden als een vorm van ambulante dwangbehandeling zijn de meningen onder de geneesheer-directeurs en psychiaters verdeeld. Een aantal van hen vindt dat er geen sprake is van dwangbehandeling, omdat dwang in hun visie alleen in een klinische setting kan worden toegepast. Opgemerkt wordt dat je als behandelaar altijd kunt dreigen met een gedwongen opname, ook als een patiënt nog geen machtiging heeft, en dat er dus feitelijk weinig verschil is tussen wel of geen paraplumachtiging. Anderen vinden dat er wel degelijk sprake is van een behandeling onder dwang. De behandelaar kan de patiënt onder druk zetten om iets tegen zijn zin te doen. Soms gaat dat zover aldus een psychiater dat een patiënt een depot accepteert, omdat er al een ambulance of politieauto klaar staat om hem naar de kliniek te vervoeren. Eén psychiater vindt dat de dwang bij een paraplumachtiging zelfs groter is dan in een klinische omgeving: daar kun je als behandelaar immers niet (meer) dreigen met gedwongen opname. Door de Stichting Pandora wordt opgemerkt dat door de mogelijkheden van het verlenen van een paraplumachtiging minder aandacht uitgaat naar het zoeken naar andere behandelmogelijkheden, zoals bepaalde vormen van zelfbinding.

Een punt van zorg voor een deel van de geïnterviewden is de vraag hoe ver een behandelaar mag gaan in het opvoeren van de druk en wie de behandelaar controleert bij het uitoefenen van druk, drang of dwang. Een psychiater merkt op dat er op dit moment geen (toe)zicht is op de mate waarin op patiënten die thuis verblijven drang en dwang wordt toegepast. Evenmin is duidelijk wat het effect van een dergelijke druk is op de patiënt. De zorgvuldigheid waarmee een klinische dwangbehandeling wordt omkleed, ontbreekt geheel bij de ambulante variant, zo merkt een deel van de geïnterviewden op.

Een deel van de respondenten vindt het gezien het bovenstaande onverantwoord dat patiënten die buiten de instelling verblijven geen gebruik mogen maken van een aan de instelling verbonden vertrouwenspersoon. Gezien de toenemende extramuralisering zou hierin snel verandering moeten komen. Het is overigens niet duidelijk hoe lang de dienstverlening van een vertrouwenspersoon in de praktijk doorloopt. De geïnterviewden is verder niet bekend dat er ook ambulant werkende patiëntvertrouwenspersonen zijn.

4.8 Conclusies

- Over de aantallen paraplumachtigingen die in de afgelopen jaren zijn verstrekt, kan weinig worden gezegd. De aantallen verschillen enorm per instelling, zo blijkt uit zowel de enquête onder medische administraties als de interviews met geneesheren – directeurs en psychiaters. Voor de hand liggende verklaringen zijn het ontbreken van de categorie paraplumachtiging in medische administraties, en wellicht verschillende interpretaties van dit begrip dat immers in de Bopz als zodanig niet voorkomt.
- Er zijn verschillen in de normen die de rechtbanken hanteren bij het verlenen van paraplumachtigingen.
- De groep patiënten die een paraplumachtiging krijgt kenmerkt zich door een neiging zich aan medicatie te onttrekken. Volgens de geïnterviewden is die neiging in het verleden gebleken en/of zijn de meeste patiënten als gevolg daarvan meerdere keren opgenomen geweest.
- Ondanks de bedenkingen van enkele juridische deskundigen bij de rechtsgeldigheid van de paraplumachtiging, ervaart men de paraplumachtiging in de praktijk als een zeer bruikbare machtiging. De effectiviteit van de maatregel wordt door de geneesheer-directeurs en psychiaters vooral verwoord in termen van het verblijven van patiënten buiten de instelling in plaats van erbinnen. De machtiging maakt het mogelijk dat patiënten die anders opgenomen zouden zijn, onder voorwaarden (langdurig) buiten de instelling verblijven. Door afgevaardigden van de patiënten wordt opgemerkt dat door de paraplumachtiging te weinig wordt gezocht naar alternatieven, zoals zelfbinding.
- De vraag of er bij de paraplumachtiging sprake is van ambulante dwang blijkt door de geneesheer-directeurs en psychiaters niet eenduidig te worden beantwoord. Over het begrip dwangbehandeling verschillen de meningen. Voor de één is het dreigen met een gedwongen opname wel dwang, voor de ander niet.
- Een punt van zorg onder de geïnterviewden is het ontbreken van toezicht op de wijze waarop de (ambulante) behandelaar omgaat met de mogelijkheid druk uit te oefenen op de patiënt om de gestelde voorwaarden na te leven.
- Ook voor patiënten die langdurig buiten de instelling verblijven moet een vertrouwenspersoon beschikbaar zijn, zo vinden de geneesheer-directeurs en psychiaters.
- Ten tijden van de eerste evaluatie werden paraplumachtigingen nog niet verleend, een vergelijking met deze eerste evaluatie is derhalve niet mogelijk.
- De voorwaardelijke machtiging zal, bij aanneming van het wetsvoorstel, in plaats komen van de paraplumachtiging, die daarmee zal verdwijnen.

5

Voorwaardelijke machtiging

5.1 Inleiding

De paraplumachtiging (zie hoofdstuk 4), waarmee behandeling van patiënten buiten de instelling mogelijk wordt, wordt wel gezien als oneigenlijk gebruik van de Wet Bopz. Daarnaast wordt, zoals bleek uit de eerste wetsevaluatie Bopz, de behoefte geformuleerd aan mogelijkheden tot ambulante dwangbehandeling. Dit heeft geleid tot een wetsvoorstel voor de zogenaamde 'voorwaardelijke machtiging'. Doel van de voorwaardelijke machtiging is opname in een psychiatrische ziekenhuis van patiënten - die door een stoornis in hun geestvermogen gevaar veroorzaken - te voorkomen, door de noodzakelijke behandeling buiten een instelling mogelijk te maken. Deze machtiging onderscheidt zich van de bestaande machtigingen doordat de patiënt aan wie de machtiging wordt verleend niet hoeft te worden opgenomen. In plaats daarvan worden aan het gedrag van de patiënt voorwaarden gesteld. Door het naleven van deze voorwaarden kan het door betrokkene veroorzaakte gevaar buiten het psychiatrisch ziekenhuis worden afgewend. Bij niet naleving van de voorwaarden of als het gevaar niet meer buiten de instelling kan worden afgewend, kan de patiënt op basis van de voorwaardelijke machtiging gedwongen worden opgenomen.

Hoewel de voorwaardelijke machtiging nog geen wettelijke machtiging is en van een evaluatie dus nog geen sprake kan zijn, wordt ze toch behandeld in dit rapport. Reden hiervoor is dat de voorwaardelijke machtiging, mits het wetsvoorstel wordt aangenomen, de paraplumachtiging zal vervangen.

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens behandeld de achtergrond van het wetsvoorstel (5.2), de wetsartikelen waarin de voorwaardelijke machtiging wordt beschreven en bestaande jurisprudentie (5.3). In paragraaf 5.4 wordt ingegaan op de bekendheid van het voorstel onder geneesheer-directeurs en psychiaters. Een typering van de groep patiënten voor wie de machtiging, volgens de geneesheer-directeurs en psychiaters bestemd zou kunnen zijn wordt gegeven in paragraaf 5.5. In 5.6 wordt ingegaan op de vraag of in het wetsvoorstel een juiste balans is aangebracht tussen zelfbeschikking en dwang. Of de geneesheer-directeurs en psychiaters het wetsvoorstel nuttig en noodzakelijk achten, wordt besproken in paragraaf 5.7. Tevens worden in deze paragraaf de standpunten van een tweetal patiëntenorganisaties en een organisatie voor familieleden van psychiatrische patiënten beschreven. Tot slot volgen enkele conclusies.

5.2 Achtergrond

In 1996 heeft de Evaluatiecommissie van de Wet Bopz de voorwaardelijke machtiging omschreven als een mogelijk wenselijke aanvulling op de huidige interventie mogelijkheden van

gedwongen opneming en gedwongen behandeling. Wel achtte de commissie nader onderzoek naar ambulante dwang noodzakelijk. Dit onderzoek is in 1997 uitgevoerd door de Raad voor de Gezondheid en Zorg (RVZ). Mede op basis van dit advies 'Beter (z)onder dwang' is de regering tot de conclusie gekomen dat er behoefte bestaat aan de mogelijkheid tot ambulante dwang. Deze behoefte zou samenhangen met het proces van extramuralisering in de gezondheidszorg en met de toegenomen effectiviteit van psychofarmaca (memorie van toelichting). In september 2000 is het wetsvoorstel 'voorwaardelijke machtiging' ingediend. Er is een memoerie van toelichting bij het voorstel verschenen en een nota (Kamerstukken II 1999/2000, 27 289 nrs. 1-21) waarin antwoord wordt gegeven op diverse kamervragen naar aanleiding van het wetsvoorstel. Begin september 2001 zal de Tweede Kamer het wetsvoorstel behandelen. Inmiddels heeft de Taskforce Vermaatschappelijking (geïnstalleerd op initiatief van de minister van VWS) op 20 mei 2001 een brief gestuurd aan de leden van de Tweede Kamer met het verzoek nog geen beslissing te nemen over het wetsvoorstel, omdat een wetwijziging de weg zou kunnen afsnijden voor bepaalde mogelijkheden om mensen met complexe problematiek te bereiken.

5.3 Het wetsvoorstel en jurisprudentie

De wetsartikelen over de nieuwe machtiging worden ingevoerd na artikel 14 van de Bopz met als titel 'voorwaardelijke machtiging'. Het ingediende wetsvoorstel en twee voorgestelde nota's van wijziging, zijn opgenomen in bijlage 5.

Op het verlenen van een voorwaardelijke machtiging zijn dezelfde wettelijke criteria van toepassing als op de voorlopige machtiging. Er zal dus sprake moeten zijn van een stoornis van de geestvermogens die betrokkene gevaar doet veroorzaken. De reikwijdte van het gevaarscriterium is hierbij gelijk aan die bij andere rechterlijke machtigingen. Een voorwaardelijke machtiging kan pas worden verleend wanneer een behandelingsplan wordt overlegd dat met instemming van de patiënt is opgesteld. Op de inhoud van de wetsartikelen wordt hieronder nader ingegaan.

Een voorwaardelijke machtiging kan worden verleend wanneer de rechter oordeelt dat er een stoornis van de geestvermogens is die ervoor zorgt dat betrokkenen gevaar veroorzaakt. Dit gevaar kan slechts buiten een psychiatrisch ziekenhuis worden afgewend door het naleven van voorwaarden. Bij het verzoek om een voorwaardelijke machtiging moet een geneeskundige verklaring van een onafhankelijke psychiater worden overlegd. Ook moet een behandelingsplan worden overlegd. Dit plan moet in overleg met betrokkene zijn opgesteld. De gestelde voorwaarden mogen de staatkundige en godsdienstige vrijheid van betrokkenen niet aantasten en houden in elk geval in dat betrokkene zich houdt aan het behandelplan. De betrokkene moet zich bereid verklaren de voorwaarden na te leven. Het behandelingsplan kan met instemming van betrokkene worden gewijzigd door de behandelaar. De rechter kan op verzoek van de officier van justitie of behandelaar de voorwaarden aanvullen of wijzigen of een andere behandelaar aanwijzen. De voorwaardelijke machtiging heeft een duur van ten hoogste zes maanden en kan steeds opnieuw worden verlengd. De behandelaar laat betrokkene opnemen indien buiten de inrichting het gevaar niet langer afgewend kan worden door naleving van de voorwaarden. De behandelaar kan betrokkene opnemen wanneer de gestelde voorwaarden niet worden nageleefd, of op verzoek van betrokkene. De betrokkene kan de rechter vragen om een beslissing over de opname. Een gedwongen opneming kan niet plaatsvinden wanneer de geldigheidsduur van de voorwaardelijke machtiging is verstreken. Wanneer betrokkene niet langer gestoord is in de geestvermogens of gevaarlijk, verschaft de behandelaar een schriftelijke verklaring daaromtrent. Betrokkene kan de behandelaar schriftelijk om een dergelijke verklaring verzoeken.

Toelichting op de artikelen

De regeling in het wetsvoorstel is beperkt tot de psychiatrie, voor personen van 16 jaar en ouder. De regeling is niet beperkt tot bepaalde groepen psychiatrische stoornissen. De verwachting is dat de regeling van belang kan zijn voor mensen die lijden aan psychiatrische stoornissen waarvoor op dit moment adequate biologische behandelmethoden bestaan zoals psychoses, bipolaire stoornissen of stoornissen in impulsregulatie.

De voorwaarden die gesteld kunnen worden houden in ieder geval in dat de persoon zich onder behandeling stelt en zich houdt aan het behandelingsplan. Daarnaast kunnen voorwaarden worden gesteld aan het gedrag van de persoon voor zover dit gedrag het uit de geestesstoornis voortvloeiende gevaar beïnvloedt. Volgens de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel kan hierbij gedacht worden aan het afzien van alcohol- of drugsgebruik, het mijden van bepaalde plaatsen en dergelijke.

De regering vindt, zo blijkt uit de nota (Kamerstukken II 1999/2000, 27 289 nrs. 1-21) dat de rechter ambtshalve in staat moet worden gesteld om, wanneer een de officier van justitie een voorwaardelijke machtiging heeft gevorderd, te beslissen tot het verlenen van een voorlopige machtiging en omgekeerd. De regering vindt dat de rechter enige flexibiliteit moet hebben om een andere machtiging te verlenen dan is gevorderd, omdat de rechter degene is die de gevaarssituatie dient te beoordelen.

De behandelaar kan de patiënt doen opnemen wanneer ofwel de gestelde voorwaarden niet worden nageleefd, ofwel het gevaar niet langer buiten de inrichting kan worden afgewend. Die opname kan, krachtens het voorgestelde artikel 14 d, zonder verdere procedures plaatsvinden. De opname geldt dan voor de resterende duur van de machtiging. Uit de nota blijkt dat de regering niet verwacht dat vaak sprake zal zijn van een acuut dreigende situatie bij een patiënt met een voorwaardelijke machtiging. De rechtbank en officier van justitie moeten van de opname op de hoogte worden gebracht. Is de patiënt het niet eens met de beslissing dan kan hij de officier van justitie verzoeken de beslissing bij de rechtbank te vorderen.

Beëindiging van de voorwaardelijke machtiging kan plaatsvinden wanneer betrokkene niet langer gestoord is in zijn geestvermogens of gevaarlijk is. De behandelaar verschaft betrokkene dan een verklaring waarin dat is vastgelegd. De patiënt kan zelf om zo'n verklaring vragen. Wanneer de behandelaar dit verzoek weigert, kan de patiënt om een beslissing van de rechter vragen.

Jurisprudentie

Inmiddels is, vooruitlopend op de wetgeving, onder andere door de rechtbank van Almelo op 1 februari 2000 reeds een voorwaardelijke machtiging verleend, nadat de betrokkene zich bereid heeft verklaard de voorwaarden na te leven, waaronder het zich houden aan een behandelplan (kBJ 2000, nr. 24)

Uit de jurisprudentie blijkt dat de term paraplummachtiging vanaf oktober 2000 is omgezet in voorwaardelijke machtiging. De jurisprudentiële voorwaardelijke machtiging is bedoeld voor patiënten die niet meer in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven, er is echter wel een zodanig gevaar dat interventie, in geclausuleerde vorm, geboden is. De Hoge Raad beschrijft het wezenlijke van de nieuwe maatregel dat er pas tenuitvoerlegging plaatsvindt indien betrokkene, gedurende de periode dat de machtiging is verleend, de gestelde voorwaarden niet naleeft (Hoge Raad 6 oktober 2000, kBJ 2000, nr. 56).

5.4 De bekendheid van het voorstel voorwaardelijke machtiging onder geneesheer-directeurs en psychiaters

In de interviews is aan de geneesheer-directeurs en psychiaters gevraagd of ze bekend zijn met het wetsvoorstel 'voorwaardelijke machtiging'. Het bestaan van het voorstel 'voorwaardelijke machtiging' blijkt goed bekend te zijn. Ongeveer een vijfde van de respondenten, allen psychiaters, kent het bestaan van het voorstel niet.

In hoeverre geneesheer-directeurs en psychiaters op de hoogte zijn van de precieze inhoud van het voorstel is niet onderzocht. Wel blijkt uit de interviews dat men de essentie van het voorstel kent. Dat wil zeggen dat de geïnterviewden weten dat het een machtiging betreft waarbij een gedwongen opname pas wordt uitgevoerd als de patiënt de gestelde voorwaarden niet naleeft.

Onder de geneesheer-directeurs en psychiaters heerst een vermoeden dat de criteria voor een voorwaardelijke machtiging minder zwaar zijn of minder zwaar beoordeeld zullen worden dan voor een voorlopige machtiging. Enkelen geven bijvoorbeeld aan dat met een voorwaardelijke machtiging mensen behandeld kunnen worden voordat sprake is van een gevaarlijke situatie. Anderen veronderstellen dat de totale groep mensen met een machtiging zal groeien als het wetsvoorstel wordt aangenomen, omdat mensen die nu niet in aanmerking komen voor een machtiging, dan wel een (voorwaardelijke) machtiging zullen krijgen.

Eén van de respondenten kent de voorwaardelijke machtiging uit de praktijk. Volgens deze geneesheer-directeur verleent de betreffende rechtbank minder dan vijf keer per jaar een voorwaardelijke machtiging. In de meeste gevallen betreft het dan bekenden van de psychiatrie, met minder ernstige problematiek, en waarbij de mate van ontsporing niet ernstig is. De overige geneesheer-directeurs en psychiaters hebben niet te maken met rechtbanken waar de voorwaardelijke machtiging wordt verleend.

5.5 Een typering van de groep patiënten voor wie de machtiging geschikt zou zijn

Volgens de geïnterviewde geneesheer-directeurs en psychiaters is de machtiging vooral geschikt voor een groep patiënten die op dit moment niet is opgenomen in een psychiatrische ziekenhuis en met andere woorden nu nog geen machtiging heeft. Hoewel het wetsvoorstel hier uitdrukkelijk niet voor bedoeld is, wordt hierbij vaak verwezen naar een groep mensen die wordt aangeduid met termen als zorgwekkende zorgmijders en verkommerden en verloederden.

Enkelen veronderstellen dat met name patiënten van ambulante behandelaars in aanmerking zullen komen voor een voorwaardelijke machtiging.

Enkele geïnterviewden voorzien een oneigenlijk gebruik van de voorwaardelijke machtiging. In hun ogen kan de machtiging gemakkelijk worden aangewend om maatschappelijke problemen te lijf te gaan. Zo zouden ook mensen met een persoonlijkheidsstoornis of gestoorde gedetineerden voor een voorwaardelijke machtiging in aanmerking komen.

Binnen het eigen patiëntenbestand zien de respondenten weinig tot geen patiënten die voor een voorwaardelijke machtiging in aanmerking zouden komen.

5.6 Is in het wetsvoorstel sprake van een evenwichtige verdeling tussen zelfbeschikking en dwang?

Uit de interviews komt naar voren dat meer dan de helft van de geneesheer-directeurs en psychiaters vindt dat door de huidige vorm van de Wet Bopz de balans teveel overheelt naar de zelfbeschikking van de patiënt. Enkelen van hen vinden dat door de voorwaardelijke machtiging

die balans meer in evenwicht komt. Het merendeel zegt meer gebaat te zijn bij een versoepeling van de criteria voor een klinische dwangbehandeling.

Een geneesheer-directeur merkt op dat de mogelijkheid tot het uitoefenen van dwang het voor een behandelaar zeer eenvoudig maakt de patiënt medicatie te laten nemen. Zijns inziens is dat een onwenselijke situatie omdat de behandelaar dan als het ware van de plicht ontslagen zich in te spannen om patiënten zover te krijgen dat ze zelf medicatie innemen. Het innemen van medicijnen gebeurt dan dus op basis van chantage / dwang en niet als uitkomst van een onderhandeling. De betreffende geneesheer-directeur vindt dat onderhandeling het uitgangspunt zou moeten zijn van de behandeling in plaats van dwang. Daaraan gekoppeld is het doel van behandeling, wat deze respondent betreft, niet zozeer het buiten de kliniek verblijven van de patiënt, maar het omzetten van een gedwongen behandeling in een vrijwillige behandeling.

5.7 Nut en noodzaak van de voorwaardelijke machtiging

Uit de eerste wetsevaluatie in 1996 blijkt dat men in de praktijk van de psychiatrie behoefte heeft aan ambulante dwangbehandeling. Diverse groepen professionals die vanwege hun professie te maken hebben met psychiatrische patiënten (zoals psychiaters, rechters en politiemensen) zien ambulante dwang als een goede mogelijkheid mensen te behoeden voor opname. Voor de patiënt zou een behandeling buiten de inrichting beter zijn dan een gedwongen opname, omdat de patiënt blijft functioneren in zijn / haar sociale setting. Opgenomen patiënten komen vaak in een isolement terecht. Daarnaast zou ambulante dwangbehandeling de psychiatrische ziekenhuizen ontlasten.

In de eerste evaluatie worden ook tegengeluiden geconstateerd: sommige psychiaters vinden dwangbehandeling een uiting van machteloosheid. Een aantal rechters vindt dat ambulante dwangbehandeling alleen door chantage kan worden afgedwongen, als de patiënt geen medicatie inneemt volgt opname. Dit principe zou haaks op de doelstelling van de Wet Bopz staan, namelijk het beschermen en versterken van de rechtspositie van de gedwongen opgenomen patiënt.

Uit de interviews met de geneesheer-directeurs en psychiaters in dit onderzoek blijkt dat er onder hen zo goed als geen behoefte bestaat aan de voorwaardelijke machtiging. De geïnterviewden vinden dat de paraplumachtiging goed functioneert en voldoende mogelijkheden biedt voor ambulante dwang. Daar hoeft wat hen betreft niet iets anders voor in de plaats te komen. Er is in de praktijk niet of nauwelijks sprake van patiënten die zonder klinische opname met voorwaardelijk ontslag worden gestuurd. Aan een machtiging waarbij de patiënt gelijk, zonder verplichte opname, onder voorwaarden met ontslag wordt gestuurd is volgens de geïnterviewden geen behoefte. Enkele respondenten geven aan dat behandelaars in een meer ambulante setting er mogelijk wel behoefte aan hebben.

Het nut van de voorwaardelijke machtiging wordt door enkele respondenten in twijfel getrokken. Deze twijfel vloeit voort uit de voor de machtiging noodzakelijke overeenstemming tussen patiënt en behandelaar als het gaat om de voorwaarden en het behandelingsplan.

Ook wordt opgemerkt dat de voorwaardelijke machtiging gaat in de richting van een zelfbindingscontract of een machtiging op verzoek vanwege de noodzakelijke afstemming tussen patiënt en behandelaar en het feit dat de patiënt zich akkoord dient te verklaren met de voorwaarden. Er moet dus sprake zijn van enige bereidheid bij de patiënt.

Als nadelig effect van de voorwaardelijke machtiging wordt genoemd dat door de dreiging met een gedwongen opname de kliniek het imago van een strafkamp krijgt. Verder vragen enkele geïnterviewden zich af of de gemaakte afspraken over opname wel ten allen tijde na kunnen

komen nu het aantal bedden in de klinieken steeds verder wordt afgebouwd.

Net als bij de paraplumachtiging ziet men bij de voorwaardelijke machtiging een gevaar voor de rechtsbescherming van de patiënt als het gaat om de toepassing van dwang en de controle daarop. Net als bij de paraplumachtiging lopen wat betreft de voorwaardelijke machtiging de meningen sterk uiteen over de vraag of er sprake is van ambulante dwang of niet (zie ook 4.7).

Als we kijken naar de patiënten zelf en hun familieleden, moet worden geconcludeerd dat deze twee groepen tegenover elkaar staan in de beoordeling van het wetsvoorstel. Dit verschil wordt veroorzaakt in de wijze waarop familieleden en patiënten oordelen over de mogelijkheid van ambulante dwang.

Ypsilon, de vereniging voor familieleden van mensen met schizofrenie of een psychose, is voorstander van de voorwaardelijke machtiging, mits er voldoende menskracht is om de wet op een kwalitatief goede manier is te uit voeren. De voorwaardelijke machtiging moet niet het opheffen van zorg tot gevolg hebben, maar juist een intensivering ervan. De voorstanders zien in de machtiging een manier om patiënten die zorg weigeren, te dwingen om zorg wel te accepteren. Deze vorm van dwang is volgens hen gerechtvaardigd, omdat de betreffende patiënten niet in staat zijn hun situatie te beoordelen en op grond daarvan een goede beslissing te nemen. Met een voorwaardelijke machtiging zou het mogelijk zijn deze mensen tegen zichzelf te beschermen.

De cliëntenbond en de LPR zijn tegen het wetsvoorstel. Zij vinden elke vorm van dwang onwenselijk, omdat dwang en hulp volgens hen niet samengaan. Het wetsvoorstel zal volgens hen zorgen voor een verschraling en verdunning van de zorg. Hulpverlening bestaat dan uit het toedienen van medicatie en het controleren van het gedrag van de patiënt. Bovendien, zo stelt de cliëntenbond, is de kans groot dat een deel van de patiënten met een voorwaardelijke machtiging gaat zwerven omdat ze zich niet veilig voelen in hun eigen huis. Ook wordt opgemerkt dat nog onduidelijk is welke vormen van dwang wel en niet zijn toegestaan. Hoe ver mag of moet een hulpverlener bijvoorbeeld gaan in het uitoefenen van dwang als de patiënt de deur niet opendoet terwijl in het behandelingsplan staat dat het onderhouden van contact met de behandelaar een voorwaarde is?

Ook de Stichting Pandora heeft punten van kritiek op het wetsvoorstel. Op de eerste plaats wordt opgemerkt dat er veel onrust is ontstaan bij patiënten zelf. Men ervaart dat de behandelaar gaat bepalen wat men in de thuissituatie mag doen en laten. Daarnaast hebben patiënten twijfels of er dan wel voldoende tijd en aandacht is gegarandeerd bij de begeleiding en behandeling. De Stichting Pandora meent dat het beter was geweest als lopende onderzoeken waren afgewacht, zoals het onderzoek naar zelfbinding, hetgeen volgens hen meer recht doet aan de mogelijkheden van patiënten om zaken naar eigen inzicht te regelen. Daarnaast is men kritisch over het feit dat begeleiding door een patiëntvertrouwenspersoon in het wetsvoorstel niet geregeld is en dat er onduidelijkheden zijn over het klachtrecht bij opname met een voorwaardelijke machtiging.

5.8 Conclusies

- Het wetsvoorstel is (minstens) op hoofdlijnen bekend bij geneesheer-directeurs en psychiaters.
- Ongeveer de helft van de geneesheer-directeurs en psychiaters verwacht dat de criteria voor het verlenen van een voorwaardelijke machtiging soepeler zullen worden beoordeeld dan die voor het verlenen van een voorlopige machtiging.
- De geïnterviewden verwachten dat de groep patiënten op wie de regeling van toepassing is, vooral zal bestaan uit mensen die nu geen machtiging hebben. Enkele respondenten vrezden dat de machtiging zal worden gebruikt om maatschappelijke problemen op het bordje van de psychiatrie te schuiven.
- Er blijkt in de praktijk onder geneesheer-directeurs en psychiaters geen behoefte aan de voorwaardelijke machtiging, omdat de paraplumachtiging reeds voorziet in de behoefte aan mogelijkheden tot ambulante dwangbehandeling.
- Vertegenwoordigers van patiënten zijn kritisch over het wetsvoorstel. Twijfels zijn er, naast enkele zaken die in het wetsvoorstel niet geregeld zijn over het klachtrecht en de patiënt-vertrouwenspersoon, over de kwaliteit van de begeleiding en behandeling en over de reikwijdte van de mogelijkheden tot dwang. Vertegenwoordigers van familieleden van patiënten zijn voor het voorstel.
- De belangrijkste kanttekening die wordt geplaatst door de geneesheer-directeurs en psychiaters bij de voorwaardelijke machtiging betreft het punt dat de patiënt moet instemmen met het behandelplan en de gestelde voorwaarden. Enkelen zien om die reden de voorwaardelijke machtiging niet als een alternatief voor de bestaande paraplumachtiging.

6

Conclusies en aanbevelingen

In dit onderzoek is de huidige praktijk van de verlof- en ontslagregeling en de paraplumachtiging getoetst aan de Wet Bopz. Ook is ingegaan op het wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging.

Omvang van verlof en ontslag

In de eerste evaluatie van de Wet Bopz is geconstateerd dat er niets te zeggen was over de omvang van verlof en ontslag. Ook in deze tweede evaluatie is geen duidelijk beeld verkregen van het aantal keer dat verlof en (voorwaardelijk) ontslag verleend wordt.

Verlof dat korter dan 60 uur duurt, wordt in de praktijk, conform de wettelijke bepalingen, aangetekend in het patiëntendossier. Het centraal registreren of melden van kortdurend verlof is geen wettelijke verplichting. Verlof dat langer dan 60 uur duurt moet bij de inspectie gemeld worden. Hierover zijn vanuit de instellingen geen geaggregeerde gegevens beschikbaar. Sinds 2000 is zowel verlof als ontslag als categorie in het Bopzis opgenomen. Bopzis gegevens over 2000 laten zien dat verlof vooral gemeld en geregistreerd wordt als het langer dan 60 uur betreft, maar de meldingen geven nog geen betrouwbaar, volledig overzicht van de omvang van verlof.

Het verlenen van ontslag en ontslag onder voorwaarden dient (wettelijk) doorgegeven te worden aan de inspectie. Betrouwbare en complete gegevens over het aantal keer dat ontslag is verleend blijken door de instellingen moeilijk leverbaar. Deze gegevens zijn slechts bij een zeer klein deel van de instellingen die de vragenlijst hebben geretourneerd, bekend. Op grond van deze beperkte vergelijking wordt geconcludeerd dat in de betrokken instellingen ongeveer eenderde van de patiënten met ontslag gaat als de beschikking afloopt, ongeveer eenderde onder voorwaarden met ontslag gaat en eveneens eenderde zonder voorwaarden met ontslag gaat voordat de beschikking, de rechterlijke machtiging of de inbewaringstelling afloopt. De registratie gegevens uit andere bronnen kunnen het beeld niet completeren. Wel komt uit de interviews naar voren dat voorwaardelijk ontslag in de huidige praktijk regelmatig verleend wordt. Met name ten aanzien van de volledigheid van de gegevens rond ontslag lijkt sinds 2000 sprake van een kentering omdat sinds dat jaar verlof en ontslag wordt geregistreerd in Bopzis. De registratie van het aantal verleende paraplumachtigingen is op zowel instellingsniveau als landelijk niveau slecht. Dit is niet verwonderlijk omdat de paraplumachtiging niet als begrip in de Wet Bopz is opgenomen en daardoor geen categorie in Bopzis is. Op basis van het beschikbare materiaal is het daarom weinig zinvol hierover uitspraken te doen.

Naleving van de regelgeving

Een aantal knelpunten uit de eerste wetsevaluatie over de toepassing van de wettelijke bepalingen, is in dit onderzoek opnieuw gesignaleerd. Zo blijkt bij verlof dat langer dan 60 uur duurt niet of weinig overleg gepleegd te worden met de inspectie, krijgt de patiënt zelden een schriftelijke verklaring mee van verlof en is het niet de geneesheer-directeur maar de behandelaar die het verlof verleend. Door een aantal instellingen wordt daarnaast de maximum termijn van verlof, 2 weken, regelmatig overschreden.

Verreweg de meeste regelingen omtrent verlof worden in het veld als weinig zinnig en vooral als

administratief belastend ervaren. Geneesheer-directeurs en psychiaters (en ook patiëntenorganisaties) zien bijvoorbeeld niet in welk opzicht het niet verlenen van een schriftelijke verklaring bij het verlot de rechtspositie van de patiënt (of welk ander belang dan ook) kan schaden.

Datzelfde geldt voor het overschrijden van de gestelde termijnen van het verlot, het niet voeren van overleg met de inspectie bij verlot langer dan 60 uur. Verlot wordt blijkens de casussen en de interviews overeenkomstig de wettelijke bepalingen, verleend voor een aangegeven periode, op voorwaarden die voldoen aan de wettelijk gestelde beperkingen en indien nodig vindt overleg met derden plaats.

De regels rond ontslag zijn in het algemeen bij de geneesheer-directeurs en psychiaters bekend en worden als veel zinniger dan die rond verlot - want in het belang van de patiënt - ervaren. De bepalingen worden dan ook in algemene zin nageleefd. Het niet naleven van deze bepalingen zou de rechtspositie van de patiënt volgens hen schaden. Kritiek is er onder psychiaters en geneesheer-directeurs op de bepaling over de te informeren personen.

Patiënten weten, volgens patiëntenverenigingen, onvoldoende wat hun rechten en plichten bij verlot en ontslag zijn.

Praktijk van verlot en ontslag

De doelstelling die met verlot wordt beoogd en de omschrijving die in de wet wordt gegeven van het begrip verlot worden als zodanig door de instellingen geïnterpreteerd en afgebakend: Het verlot wordt verleend als voorbereiding op een definitieve terugkeer van de patiënt in de maatschappij. Het is, wat diagnose betreft, niet een bepaalde categorie patiënten aan wie verlot verleend wordt. Met verlot gaan in het algemeen patiënten die een stabiel beeld laten zien, aan medicatie gewend zijn en waarbij voldoende opvang is gedurende het verlot.

Voorwaardelijk ontslag wordt, conform de omschrijving uit de wet, verleend wanneer de behandelaar vindt dat de patiënt onder voorwaarden in staat is buiten de instelling te verblijven, zonder dat opnieuw gevaar dreigt of optreedt. Het verlenen van onvoorwaardelijk ontslag betekent in de praktijk in veel gevallen dat een gedwongen opname wordt omgezet in een vrijwillige opname.

De voorwaarden die gesteld worden aan verlot en ontslag hebben vrijwel altijd betrekking op het innemen van medicatie en het houden van contact met een (vaak ambulante) behandelaar. Ook het verlenen van ontslag of voorwaardelijk ontslag is niet, wat diagnose betreft, gebonden aan een bepaalde categorie patiënten, hoewel voor bepaalde patiënten terugkeer naar de maatschappij, en daarmee ontslag, onmogelijk is.

Het niet naleven van voorwaarden is niet per definitie een reden om een patiënt terug te halen naar de instelling, aldus de geïnterviewde psychiaters en geneesheer-directeurs. Dit is wel het geval zodra gevaar ontstaat. Intrekken speelt met name een rol bij voorwaardelijk ontslag en komt bij verlot vrijwel niet voor.

Rol van de geneesheer-directeur

In de praktijk blijkt, zoals ook in de eerste wetsevaluatie is geconcludeerd, de feitelijke beslissing tot verlot en (voorwaardelijk) ontslag bij de behandelaar te liggen. In veel instellingen is de bemoeienis van de geneesheer-directeur bij het verlenen van verlot minimaal en van ontslag beperkt. De rol van de geneesheer-directeur blijkt vooral een formele. Van de rol die de geneesheer-directeur in de wet toebedeeld krijgt, zien de meeste respondenten niet de meerwaarde en men ervaart dit regelmatig als niet aansluitend op de praktijk. Over de rechtmatigheid van mandatering van bevoegdheden bestaat, blijkens onder meer jurisprudentie, discussie. In de praktijk heeft formele mandatering van bevoegdheden niet altijd plaatsgevonden en bestaat hier soms onduidelijkheid over binnen de instelling. De in het onderzoek vastgestelde zeer uiteenlopende praktijk op het terrein van mandatering maakt toezicht op de uitvoering van de regelgeving moeilijk.

De rol van de geneesheer-directeur bij de paraplu-mandatering bestaat in ruim driekwart van de

instellingen uit het ofwel mede ondertekenen van de geneeskundige verklaring ofwel het opstellen ervan.

Paraplumachtiging

De paraplumachtiging heeft als doel behandeling buiten de instelling mogelijk te maken en opname te voorkomen. Deze modaliteit van de rechterlijke machtiging wordt in de praktijk als zinvolle aanvulling ervaren. Er wordt veel gebruik gemaakt van de paraplumachtiging, met name voor de groep patiënten die zich kenmerkt door een neiging zich aan behandeling of medicatie - inname te onttrekken. Men ervaart de paraplumachtiging in de praktijk als een zeer bruikbare regeling. De effectiviteit van de maatregel wordt door de geneesheer-directeurs en psychiaters vooral verwoord in termen van patiënten die buiten de instelling verblijven in plaats van erin. Er zijn volgens de geïnterviewden, de nodige (interpretatie)verschillen in de wijze waarop met name rechters omgaan met de paraplumachtiging. De kanttekeningen die gemaakt worden bij de paraplumachtiging, gelden volgens geneesheer-directeurs en psychiaters eens te meer bij het wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging.

Wetsvoorstel Voorwaardelijke Machtiging

Zowel psychiaters, geneesheren – directeurs als patiëntenorganisaties geven aan geen behoefte te hebben aan de voorwaardelijke machtiging omdat de paraplumachtiging voldoende mogelijkheid tot ambulante dwangbehandeling zou bieden. En die praktijk – hoewel positief beoordeeld – wordt nog niet helder en eenduidig toegepast. Men ziet de voorwaardelijke machtiging blijkbaar als extra regeling naast de paraplumachtiging in plaats van een vervanging van de paraplumachtiging.

Men verwacht een soepeler beoordeling van criteria voor het verlenen van een voorwaardelijke machtiging, en verwacht dat de groep patiënten op wie de regeling van toepassing is vooral zal bestaan uit mensen die nu geen machtiging hebben. Gevreesd wordt wel dat maatschappelijke problemen dan gemakkelijk op het bord van de psychiatrie worden geschoven. Vanuit de patiëntenorganisaties wordt een verschraling en verdunning van de zorg verwacht. Zij stellen zich tegen deze vorm van dwang omdat dwang en hulp in hun optiek niet samengaat. Ook is in het wetsvoorstel volgens hen onduidelijk welke vormen van dwang wel en welke niet zijn toegestaan.

Aanbevelingen

Van het (voorwaardelijk) ontslag en verlof dat langer duurt dan 60 uur, die beiden gemeld moeten worden aan de inspectie, is nog geen eenduidige complete registratie beschikbaar. In de huidige registratie lijkt zich binnen de instellingen een eigen praktijk te vormen ten aanzien van registratie die als nuttig/nodig gevoeld wordt en registratie die niet als zinvol ervaren wordt. Het is aannemelijk dat deze praktijk bekrachtigd wordt doordat er geen controle (mogelijk) is op de naleving van de regels. Deze praktijk kan zichzelf zo in stand houden.

De registratie en de controle, of beter: het gebrek daaraan, speelt een rol bij de beoordeling van voorwaardelijk ontslag, paraplumachtiging en het wetsvoorstel Voorwaardelijke Machtiging. In de interviews met psychiaters, geneesheren – directeurs en patiëntenorganisaties komt naar voren dat alle betrokkenen zich zorgen maken over het ontbreken van toezicht op de wijze waarop de (ambulante) behandelaar omgaat met de mogelijkheid druk uit te oefenen op de patiënten om de gestelde voorwaarden na te leven. Dit wordt, als het wetsvoorstel Voorwaardelijke Machtiging wordt ingevoerd, een nog prangender kwestie omdat daarin een stap verder wordt gezet op het terrein van de ambulante dwangbehandeling. Controle en dus registratie via het huidige Bopzis II, is cruciaal om de toepassing te kunnen evalueren. Het belang hiervan zal onder de aandacht van instellingen, beroepsverenigingen en inspectie moeten worden gebracht.

Helderheid over de rol van de geneesheer-directeur in de Wet Bopz als eindverantwoordelijke en de mogelijkheid tot mandatering naar behandelaars is geboden. In de praktijk blijkt de feitelijke beslissing over het verlenen van verlof en ontslag en ook de daadwerkelijke verlening ervan, door de behandelaar te worden uitgevoerd. De wetgeving biedt de mogelijkheid bepaalde bevoegdheden te mandateren. Uit gerechtelijke uitspraken blijkt dat er nog discussie is over de vraag welke bevoegdheden aan de behandelaars gemandateerd kunnen worden. Dit speelt met name over de mate waarin het geoorloofd is het intrekken van verlof en ontslag, c.q. het beperken van vrijheden van patiënten, te mandateren. Door deze discussie en de discrepantie tussen wetgeving en praktijk wordt per instelling een eigen beleid gevoerd. Dit verschil in beleid maakt het houden van toezicht op de naleving van de regels moeilijk en kunnen daarnaast leiden tot onduidelijkheid bij behandelaren en patiënten.

Het creëren van meer duidelijkheid - voor alle betrokken partijen - over de bevoegdheden, is mogelijk op verschillende manieren. Op de eerste plaats kan onderscheid gemaakt worden tussen het verlenen van verlof en ontslag enerzijds en het intrekken van verlof en ontslag anderzijds. Wat betreft het verlenen van verlof en ontslag ligt het voor de hand meer aansluiting bij de praktijk te zoeken. Formalisatie van de huidige situatie kan vervolgens plaatsvinden door het expliciet opnemen van deze bevoegdheid van de behandelaar (de behandelend arts) in de Wet Bopz.

Wat betreft het intrekken van verlof en ontslag zijn twee opties denkbaar. Een verregaande mogelijkheid is deze bevoegdheden, in aansluiting met de huidige praktijk, ook wettelijk aan de behandelend arts toe te kennen. Hiermee wordt echter een grote sprong gemaakt ten opzichte van de huidige wetgeving, zonder dat de hogere rechtspraak zich hier (eenduidig) over heeft uitgesproken. Anderzijds kan gekozen worden de huidige bevoegdheden van de geneesheer-directeur, conform de wetstekst, te handhaven en mandatering niet toe te staan. Dit zal in dat geval expliciet duidelijk gemaakt moeten worden aan het veld, waarna toezicht hierop mogelijk is.

Voor zowel het verlenen van verlof en ontslag als voor het intrekken van verlof en ontslag geldt in ieder geval dat helderheid over bevoegdheden en mandatering naar het veld toe moet worden gegeven om een einde te maken aan de tot op heden ervaren onduidelijkheid in het veld.

Een aantal wettelijke bepalingen rond verlof, waarvan in de praktijk door psychiaters en geneesheer-directeurs geen meerwaarde wordt gezien, wordt nauwelijks nageleefd. Hierbij kan gedacht worden aan het opstellen van een schriftelijke verklaring bij het verlenen van verlof, het plegen van overleg met de inspectie bij verlof dat meer dan 60 uur duurt en de maximum termijn van verlof. Psychiaters en geneesheer-directeurs zien niet duidelijk in welk opzicht het niet naleven van deze bepalingen een negatief effect heeft op de rechtspositie van de patiënten. Met name de schriftelijke verklaring en het overleg met de inspectie lijkt voor de behandelaren meer belastend te zijn dan dat dit voor hen in de praktijk voordelen kent. De vertegenwoordigers van patiënten denken echter verschillend over de noodzaak van de genoemde wettelijke bepalingen. Volgens de Stichting Pandora zouden patiënten in de praktijk nauwelijks op de hoogte zijn van de rechten en plichten bij verlof en ontslag. Goede voorlichting over rechten en plichten van patiënten bij verlof en ontslag in het algemeen en over het nut en noodzaak van dergelijke bepalingen in het bijzonder lijkt daarom een eerste voorwaarde, alvorens mogelijke afschaffing van deze bepalingen te overwegen.

De geneesheer-directeurs en psychiaters vinden verder dat de lijst van te informeren personen en personen met wie overlegd dient te worden, beter door henzelf en eventueel samen met de patiënt bepaald kan worden. Dat deze bepaling omtrent de te informeren personen inderdaad niet altijd wordt nageleefd blijkt uit de klachten van familieleden over patiënten die zonder hun medeweten zijn ontslagen.

De opstelling van het veld ten opzichte van de voorwaardelijke machtiging is terughoudend. Een meerwaarde van de voorwaardelijke machtiging ten opzichte van de paraplumachtiging wordt niet gezien: men ziet vooral nadelen. Psychiaters en geneesheer – directeurs verwachten een in potentie nog grotere toestroom van patiënten bij wie het maar de vraag is of ze in de psychiatrie thuishoren. De afgevaardigden van patiënten tonen zich kritisch over de inhoud en kwaliteit van de begeleiding/behandeling bij een voorwaardelijke machtiging en over de reikwijdte van de toepassing van dwang.

Bij aanneming van het wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging dienen de voordelen van een wettelijke verankering in de Wet Bopz van behandeling van patiënten buiten de inrichting nog de nodige uitleg en onderbouwing naar het veld te krijgen. Daarnaast zal het veld duidelijk gemaakt moeten worden dat deze modaliteiten niet naast elkaar bestaan, maar dat de paraplumachtiging vervangen zal worden door de voorwaardelijke machtiging.

Literatuur

- L.P. Bartels,
Instellingen van intramurale gezondheidszorg. Basisgegevens per 1-1-1999
Utrecht: NZI 1999.
- Bopz Jurisprudentie. Alle in de NJ gepubliceerde uitspraken van de Hoge Raad 1994 – 1997.
Deventer: Kluwer 1999
- Evaluatie commissie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.
Wet Bopz. Evaluatierapport
Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 1996
- Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
Procedure verlof en voorwaardelijk ontslag Bopz-Patiënten
Nieuwsbrief, nummer 0.17, juli 1998
- Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
Wetgeving Bopz Special
Nieuwsbrief, nr. 0.19, maart 1999.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
Behandelingsplan, dwangbehandeling en middelen en maatregelen in de wet Bopz.
Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 1997
- Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Gevaar in de Wet Bopz.
Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2000
- D.T. Kampen en W. M. van Ewijk
Dwangbehandeling in de ambulante praktijk.
In : Maandblad Geestelijke volksgezondheid, nr. 4, 1997.
- M.P. Keizer, R.F. Kouwenberg, Ed. Leuw en N.M. Mertens
Wet Bopz. Onvrijwillige opnameprocedures.
Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 1996
- R.M.B. Keurentjes
De wet Bopz: De betekenis voor de beroepsbeoefenaren in de geestelijke
gezondheidszorg.
Lelystad: Koninklijke Vermande. 1999
- R.B.M. Keurentjes
'Van voorwaardelijk ontslag naar voorwaardelijke machtiging, de ontwikkeling
van het ontslagrecht in de wet Bopz.'
Tijdschrift voor gezondheidsrecht nr. 4, 2000, p. 208-220.
- P.J.H. Laurs, S.A. van Dijke
De wet Bopz en de psychiatrie.

Amsterdam: Lundbeck b.v., 1994

W. de Vries, S. Roering en H. van de Klippe

Wet Bopz. Interne rechtspositie psychiatrie.

Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 1996

M. Zeegers

'Gevaarlijke patiënten, gevaarlijke beoordelaars'

Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1992-7/8, p. 851-852.

Bijlage 1

Geraadpleegde bronnen aantallen

Bijzondere Opnamen Psychiatrische Ziekenhuizen Informatie Systeem (Bopzis)

Bij het opstellen van de Wet Bopz is het registratiesysteem Bopzis ontworpen. Dit systeem bestond voor twee ministeries (Justitie en VWS) uit gescheiden systeemonderdelen met een zelfde interface. Dit laatste zou communicatie en gegevensuitwisseling tussen de twee systemen mogelijk maken. In de praktijk bleek koppeling van beide systemen niet goed mogelijk te zijn. Per 1 januari 2000 is besloten de gezamenlijke interface van het systeem van Justitie en VWS op te heffen en de lay-out aan te passen. Sindsdien werkt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) met een in eigen beheer ontworpen Bopzis II en is de verbinding met het systeem van Justitie verbroken. De gegevens uit het 'oude' Bopzis met inbewaringstellingen, het 'oude' systeem van de IGZ voor registraties van middelen en maatregelen en dwangbehandelingen (RIMMP), en het systeem voor rechterlijke machtigingen (vanuit Justitie) zijn overgezet naar dit nieuwe systeem. Dit aangepaste systeem beschikt hiermee over gegevens vanaf de invoer van de Wet Bopz (1994); gegevens over rechterlijke machtigingen worden echter pas sinds 1998 geregistreerd. Parketten en griffies werken nog met het oorspronkelijke Bopzis en moeten vanuit het systeem gegevens over rechterlijke machtigingen en inbewaringstellingen rechtsreeks melden bij de IGZ.

Bij de IGZ zijn, aan de hand van het codeboek van Bopzis II, de volgende gegevens opgevraagd:

Gegevens over de jaren 1994 t/m 2000, per cliënt:

- soort beschikking
 - arrondissement
 - verblijf in psychiatrisch ziekenhuis
 - datum beschikking
 - termijn
 - werkelijk einde beschikking
 - reden afwijzing
 - aanvang verlof
 - einde verlof
 - aanvang ontslag
 - einde ontslag
 - voorwaarden ontslag
-

Uiteindelijk zijn door de IGZ de volgende drie bestanden opgeleverd:

1. Overzicht aantallen rechterlijke machtigingen 1998 tot en met 2000
2. Overzicht aantallen verloven 1998 tot en met 2000
3. Overzicht aantallen ontslagen 1998 tot en met 2000

Bij de levering van de bestanden wordt door de IGZ opgemerkt dat rechterlijke machtigingen sinds 1998 door de Inspectie worden geregistreerd. De door de arrondissementsrechtbanken

verstrekke gegevens zijn volgens hen echter sinds die tijd niet consequent aan de Inspectie gemeld, waardoor het de vraag is of de gegevens aangaande rechterlijke machtigingen in Bopzis II wel een volledig beeld geven. Verlof en ontslag worden sinds 1 januari 2000 in Bopzis II geregistreerd. Ook hierbij wordt opgemerkt dat niet iedere instelling consequent het ontslag onder voorwaarden en het verlof meldt. Uit de analyse blijkt dat de beschikbare gegevens van het jaar 1998 minimaal zijn. Van 1999 lijkt een klein deel van de aantallen daadwerkelijk beschikbaar te zijn. Van het jaar 2000 zijn zowel met betrekking tot verlof en ontslag als het soort beschikking, meer gegevens beschikbaar.

Tabel 1 Aantallen beschikbare meldingen Bopzis

Jaar	voor 1998	1998	1999	2000
Aantal keer verleend verlof	-	-	1	209
Aantal keer verleend (voorwaardelijk) ontslag	-	1	42	852

Bron: Bopzis (2001)

De resultaten van de analyse van de beschikbare gegevens worden in de betreffende hoofdstukken beschreven.

Enquête

Tijdens het onderzoek bleek dat Bopzis als datasysteem beperkt gegevens kan leveren over aantallen verlof en ontslag. Daarom is een enquête uitgezet onder de medische administraties van 40 APZ-en. Deze vragenlijst bestond uit een algemeen gedeelte over de procedures rond ontslag en verlof en een gedeelte over het aantal keer dat verlof, ontslag en een paraplumachtiging werden verleend (over de jaren 1996 tot en met 2000).

De instellingen is gevraagd gegevens over deze aantallen zo volledig en betrouwbaar mogelijk in te vullen, tenzij de gevraagde aantallen onbekend zijn, ontbreken of moeilijk toegankelijk zijn. Om de respons te verhogen hebben drie telefonische rappels plaats gevonden. Uiteindelijk is van 22 van de 40 instellingen een reactie op de vragenlijst gekomen (een geretourneerde vragenlijst of een aparte schriftelijke dan wel telefonische reactie), een respons van 55%. Gebrek aan tijd is de meest genoemde reden om niet aan het onderzoek mee te werken. Niet alle 22 instellingen die een reactie gaven, hebben relevante gegevens beschikbaar.

Tabel 2 Responsoverzicht

geen Bopz-patiënten opgenomen	3
geen betrouwbare cijfers beschikbaar	4
geen gegevens door capaciteitgebrek	2
Enquête ingevuld	13
Totaal	22

Redenen die de instellingen noemen voor het niet beschikbaar willen of kunnen stellen van gegevens, zijn dat gegevens niet geregistreerd worden (met name verlof), men door fusies van instellingen de gegevens niet kan achterhalen of dat gegevens onvoldoende correct of zorgvuldig worden geregistreerd en hierdoor geen goed beeld van de werkelijke situatie geven. Bij de 13 instellingen die de enquête uiteindelijk ingevuld hebben zijn zowel grote als kleine instellingen betrokken, het aantal bedden varieert van 28 tot meer dan 800.

De gegevens over de aantallen verleend verlof, ontslag en paraplumachtigingen van de 13 ingevulde enquêtes zijn niet geheel compleet. Veel instellingen hebben maar een deel van de gegevens beschikbaar kunnen stellen. De genoemde reden voor het niet kunnen leveren van

de aantallen is dat de gegevens bij deze instellingen alleen in de dossiers worden bijgehouden (met name bij verlof) en/of niet centraal worden geregistreerd. In sommige gevallen zijn niet over alle jaren gegevens beschikbaar.

Opvallend is dat 4 van de 13 instellingen over geen enkele van de drie onderwerpen (verlof, ontslag, paraplumachtiging) gegevens beschikbaar kan stellen. Onderstaande tabel geeft een indicatie van de kwaliteit van de geleverde gegevens.

Tabel 3 Kwaliteit geleverde gegevens

Onderdeel	volledig bekend	deels bekend	niet bekend	totaal aantal instellingen
Ontslag	5	3	5	13
Verlof	0	2	11	13
Paraplumachtiging	5	2	6	13

Patiëntenregister intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PiGGz)

Het overzicht dat voortvloeit uit de enquête en Bopzis is niet geheel compleet, daarom is via GGZ Nederland nagegaan of de gegevens van het PiGGz een bruikbare aanvulling vormen. Van de in het PiGGz opgenomen gegevens blijkt met name de juridische status relevant voor dit onderzoek. Bijgehouden wordt of een patiënt vrijwillig is opgenomen, middels een inbewaaringstelling (IBS), een voorlopige of voortgezette machtiging of een machtiging op eigen verzoek. Uit het codeboek van het PiGGz en uit telefonisch contact met betrokkenen bij het PiGGz, blijken geen gegevens over (voorwaardelijk) verlof en ontslag opgenomen te zijn. Daarbij is de deelname van instellingen van het registratiesysteem met name in de jaren 1998 en 1999 laag geweest. Om deze redenen zijn geen gegevens uit het PiGGz opgevraagd.

Regionale inspectie

Een mogelijke bron van gegevens over aantallen verlof en ontslag en paraplumachtiging zijn de regionale inspecties voor de gezondheidszorg. Uit navraag bij de IGZ blijkt dat de er binnen de inspectie geen uniformiteit rond het registreren van (voorwaardelijk) verlof en ontslag bestond. Dit heeft derhalve geen aanvullende gegevens opgeleverd.

Bijlage 2

Gegevens aantallen ontslag

De gegevens over aantallen verleend ontslag en voorwaardelijk ontslag blijken niet voor alle instellingen leverbaar. Uit de door dertien instellingen ingevulde enquêtes blijkt dat de gegevens van de jaren 1998, 1999 en 2000 door meer instellingen worden geleverd dan de gegevens van 1996 en 1997. Van de jaren 1998, 1999 en 2000 kan ongeveer de helft van het aantal instellingen dat de enquête invulde, gegevens leveren. Aangezien de instellingen niet allemaal hetzelfde type gegevens registreren, is een onderlinge vergelijking moeilijk.

Om toch een indruk te geven van het aantal keer dat de diverse vormen van ontslag worden verleend, zijn in onderstaande tabel de gegevens opgenomen van de vier instellingen die een gegevens leveren over het voorwaardelijk ontslag, het verlenen van onvoorwaardelijk ontslag en het verstrijken van de termijn van de beschikking.

Voor het melden van ontslag of voorwaardelijk ontslag is in elf instellingen een protocol aanwezig. Volgens de personen die de enquête hebben ingevuld worden deze protocollen ook daadwerkelijk gebruikt.

Tabel 1 Gegevens ontslag bij 4 instellingen

Gegevens ontslag bij 4 instellingen	1998	1999	2000
Algemene gegevens instellingen			
aantal bedden variërend van	282-796	302-780	327-732
Gemiddeld aantal bedden	456	454	448
Gemiddeld aantal opnames VM	59	66	77
Gemiddeld aantal opnames ibs	126	120	120
totaal aantal opnames	185	186	197
Onvoorwaardelijk ontslag			
Onvoorwaardelijk ontslag: RM	29	27	30
Onvoorwaardelijk ontslag: ibs	31	35	32
Onvoorwaardelijk ontslag	60 (34%)	62 (36%)	62 (35%)
Voorwaardelijk ontslag RM	26	43	51
Voorwaardelijk ontslag ibs	2	2	4
voorwaardelijk ontslag	28 (16%)	45(26%)	55 (31%)
Ontslag door verstrijken termijn RM	24	20	14
Ontslag door verstrijken termijn ibs	62	44	44
verstrijken termijn	86 (49%)	64 (37%)	58 (33%)
totaal aantal keer verleend ontslag	174	171	175

Uit deze tabel blijkt dat in de betrokken instellingen iets meer dan eenderde van de patiënten met een rechterlijke machtiging of een voortgezette inbewaringstelling ontslag verleend wordt door de geneesheer-directeur. Dit wil zeggen dat de patiënt, voordat de totale periode van de beschikking verstreken is, de instelling verlaat, zonder dat hier verdere voorwaarden aan worden verbonden.

Voorwaardelijk ontslag wordt in de jaren 1999 en 2000 aan ruim een kwart van de opgenomen

patiënten verleend. Bij patiënten die met een inbewaringstelling zijn opgenomen, komt het voorwaardelijk ontslag nauwelijks voor.

Bij iets meer dan eenderde deel van de patiënten wordt in deze jaren ontslag verleend doordat de beschikking is afgelopen.

In de afgelopen drie jaar is een afname te zien van het verlenen van ontslag door het aflopen van de beschikking en een toename van het ontslag onder voorwaarden.

Een verzoek om ontslag door de patiënt zelf komt in vrijwel alle instellingen met een zekere regelmaat voor (enkele keren per maand), zo blijkt uit de gesprekken met de geneesheerdirecteurs en de psychiaters. Slechts in een enkel geval wordt het verzoek toegestaan. Een klein deel van de patiënten dat zelf om ontslag verzoekt, maakt gebruik van de mogelijkheid om bij de rechter in beroep te gaan. Ongeveer een kwart van de geïnterviewden geeft aan dit nog nooit te hebben meegemaakt.

In Bopzis II zijn beperkte gegevens beschikbaar over het verlenen van (voorwaardelijk) ontslag. Gegevens over verleend ontslag zijn beschikbaar van de jaren 1998, 1999 en 2000. In 1998 is echter slechts één melding ingevoerd. In 1999 waren dat er 42. In het jaar 2000 zijn in totaal 852 meldingen ingevoerd; van 587 meldingen is nog geen einddatum van het voorwaardelijk ontslag ingevoerd. Of dit betekent dat al deze patiënten nog met voorwaardelijk ontslag buiten de instelling verblijven of dat het ontslag wel beëindigd is, maar de datum niet is ingevoerd, is niet bekend.

Ook blijkt uit Bopzis II dat het voorwaardelijk ontslag gemiddeld na een opname duur van drie maanden werd verleend.

Tabel 2 Duur opname - ontslag

Duur opname - ontslag naar jaar (start ontslag)		1998	1999	2000	Totaal
Duur ontslag (categorieën)	< 1 maand		1	95	96
	1 tot 2 maanden		3	50	53
	2 tot 3 maanden		4	22	26
	3 tot 6 maanden		10	65	75
	6 tot 9 maanden		6	15	21
	9 tot 12 maanden		4	16	20
	1 tot 2 jaar		3	2	5
	2 jaar of langer	1			1
	nog niet beëindigd		11	587	598
Totaal		1	42	852	895

De voorwaarden die in het Bopzis II zijn ingevoerd, hebben in een kwart van de gevallen betrekking op het accepteren / innemen van medicatie en in een derde van de gevallen op het accepteren van nazorg. In bijna de helft van de gevallen worden daarnaast andere voorwaarden geformuleerd.

Tabel 3 Voorwaarden ontslag

Voorwaarden ontslag naar jaar (start ontslag)		1998	1999	2000	Totaal	%
Ontslagvoorwaarden	Anders, namelijk.		24	360	384	43%
	Geen zelfverwaarlozing			4	4	0%
	Medicatie accepteren/innemen	1	9	209	219	25%
	Nazorg accepteren		9	279	288	32%
Totaal		1	42	852	895	

Wat betreft het intrekken van het voorwaardelijk ontslag hebben, voor de jaren 1998 – 2000, vijf van de dertien instellingen gegevens beschikbaar. Bij deze instellingen is in deze periode gemiddeld 102 keer een verleend voorwaardelijk ontslag ingetrokken. Bij drie instellingen is bekend hoe vaak een patiënt naar de rechter stapt na het intrekken van voorwaardelijk ontslag. Dit blijkt sporadisch voor te komen, slechts nul tot drie keer per instelling per jaar.

Bijlage 3

Gegevens aantallen paraplumachtigingen

Het aantal instellingen dat gegevens levert over de aantallen verleende paraplumachtigingen verschilt per jaar. Van 1996 leverden vier instellingen gegevens, van 1999 waren dat er zeven. De cijfers worden onder groot voorbehoud gepresenteerd: de paraplumachtiging wordt als zodanig niet in de Bopz onderscheiden, waarschijnlijk daarom wisselend in de medische administraties. Daarnaast kan met name ten aanzien van paraplumachtiging makkelijk begripsverwarring ontstaan met ontslag onder voorwaarden. Bij de betreffende instellingen wordt gemiddeld per instelling, zeven keer per jaar een paraplumachtiging geregistreerd. Dit aantal varieert echter sterk, namelijk van nul tot 25 paraplumachtigingen per jaar per instelling.

Tabel 1 Aantal paraplumachtigingen

Aantal paraplumachtigingen	1996	1997	1998	1999	2000
aantal verleende paraplumachtigingen	24	32	38	54	50
aantal instellingen dat gegevens levert	4	5	6	7	6

In een behoorlijk deel van de gevallen is een paraplumachtigingen verleend aan patiënten die langer dan één jaar buiten de instelling wonen.

Tabel 2 Patiënt langer dan een jaar buiten de instelling

Patiënt langer dan een jaar buiten de instelling	1996	1997	1998	1999	2000
aantal verleende paraplumachtigingen	10	17	15	17	13
aantal instellingen dat gegevens levert	3	4	5	6	6

Verder blijkt dat een groot deel van de patiënten die met een paraplumachtiging thuis verblijven, na verloop van tijd weer worden opgenomen.

Tabel 3 Opnames na paraplumachtigingen

Opnames na paraplumachtigingen	1996	1997	1998	1999	2000
aantal opnames na paraplumachtigingen	11	11	8	28	41
aantal instellingen dat gegevens levert	3	3	4	6	6

Bijlage 4

Wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging

Wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging)

ARTIKEL I

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 14 wordt na “de verklaringen, bedoeld in artikel 5” ingevoegd: en artikel 14a, vierde lid.

B.

Na artikel 14 wordt een paragraaf ingevoegd luidende:

§ 1a. Voorwaardelijke machtiging

Artikel 14a

- 1 De rechter kan, op vordering van de officier van justitie dan wel bij gelegenheid van een vordering van. deze tot het verlenen van een voorlopige machtiging, met betrekking tot een persoon die gestoord is in zijn geestvermogens en twaalf jaar of ouder is, een voorwaardelijke machtiging verlenen.
2. Een voorwaardelijke machtiging kan slechts worden verleend, indien naar het oordeel van de rechter:
 - a. de stoornis van de geestvermogens betrokkene gevaar doet veroorzaken, en
 - b. het gevaar buiten een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een zwakzinnigeninrichting of een verpleeginrichting, door het naleven van voorwaarden kan worden afgewend.
3. Artikel 4 is van overeenkomstige toepassing.
4. Bij een verzoek, gericht op het verkrijgen van een voorwaardelijke machtiging, moet worden overgelegd een verklaring van een psychiater die betrokkene met het oog daarop kort tevoren heeft onderzocht, maar niet bij diens behandeling betrokken was. Uit de verklaring dient te blijken dat de persoon op wie de verklaring betrekking heeft, gestoord is in zijn geestvermogens en dat oen geval als bedoeld in het tweede lid zich voordoet. De verklaring moet ten hoogste vijf dagen voor het verzoek zijn opgemaakt en ondertekend. De verklaring is met redenen omkleed. Artikel 5, derde tot en met zesde lid, en de artikelen 6 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing.
5. De rechter verleent een voorwaardelijke machtiging slechts indien een behandelingsplan wordt overgelegd dat na overleg met betrokkene door de behandelend arts is opgesteld. Het behandelingsplan bevat de therapeutische middelen die zullen worden toegepast teneinde buiten de inrichting het gevaar af te wenden, alsmede de instelling of natuurlijke persoon die verantwoordelijk zal zijn voor de behandeling en, indien het een instelling betreft de persoon van de behandelaar. Zo mogelijk wordt mededeling gedaan van het psychiatrisch ziekenhuis dat bereid is de betrokkene op te nemen als deze de voorwaarden niet naleeft of het gevaar niet langer buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend door de naleving van de voorwaarden.
6. De voorwaarden houden in ieder geval in dat betrokkene zich onder behandeling stelt

van de in het behandelingsplan genoemde behandelaar, overeenkomstig het overgelegde behandelingsplan.

7. Naast de in het zesde lid bedoelde voorwaarde kunnen bij de voorwaardelijke machtiging voorwaarden worden gesteld betreffende het gedrag van betrokkene, voorzover dit gedrag het gevaar, voortvloeiend uit de stoornis van de geestvermogens, beïnvloedt. De voorwaarden mogen de vrijheid van godsdienst of de levensovertuiging dan wel de staatkundige vrijheid niet beperken.
8. De rechter geeft slechts toepassing aan het eerste lid, indien betrokkene zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarden.

Artikel 14b

1. Het behandelingsplan kan met instemming van de betrokkene door de behandelaar worden gewijzigd. Afschrift van een gewijzigd behandelingsplan wordt gezonden aan de griffier van de rechtbank die de voorwaardelijke machtiging heeft verleend, en aan de officier van justitie bij die rechtbank.
2. De rechter kan op verzoek van de betrokkene of van de behandelaar of op vordering van de officier van justitie de overige voorwaarden aanvullen of wijzigen, dan wel een andere behandelaar aanwijzen. Artikel 14a, zesde en zevende lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 14c

1. Een voorwaardelijke machtiging heeft een geldigheidsduur van ten hoogste zes maanden na haar dagtekening, onverminderd de artikelen 14f en 14g.
2. De rechter kan op vordering van de officier van justitie telkens een nieuwe voorwaardelijke machtiging verlenen met een geldigheidsduur van ten hoogste een jaar, onverminderd de artikelen 14f en 14g.
3. Een nieuwe voorwaardelijke machtiging wordt slechts verleend indien naar het oordeel van de rechter de stoornis van de geestvermogens van de betrokkene ook na het verloop van de geldigheidsduur van de lopende machtiging aanwezig zal zijn en deze stoornis de betrokkene ook dan gevaar zal doen veroorzaken en list afwenden van het gevaar een nieuwe voorwaardelijke machtiging vereist.
4. De personen, bedoeld in artikel 4, eerste lid, alsmede de behandelaar kunnen de officier van justitie bij de rechtbank die de voorwaardelijke machtiging hoeft afgegeven, schriftelijk verzoeken een vordering in te stellen tot het verlenen van een nieuwe voorwaardelijke machtiging.
5. Bij de vordering moet worden overgelegd een verklaring van de behandelaar waaruit blijkt dat het geval, bedoeld in het derde lid, zich voordoet. Tevens wordt door de behandelaar een beschrijving overgelegd van de geestelijke en lichamelijke toestand van de betrokkene, van de op hem toegepaste behandeling en de effecten daarvan.
6. De vordering tot verlening van een nieuwe voorwaardelijke machtiging wordt ingesteld tijdens de zesde of de vijfde week voor het einde van de geldigheidsduur van de lopende machtiging.
7. De artikelen 7, 8, 9, 14a en 14b zijn van overeenkomstige toepassing.

Artikel 14d

1. De behandelaar doet de betrokkene opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis, indien buiten de inrichting het gevaar niet langer kan worden afgewend door de naleving van de voorwaarden. De behandelaar kan de betrokkene doen opnemen, wanneer de betrokkene de gestelde voorwaarden niet naleeft of op verzoek van de betrokkene. De opname geschiedt voor ten hoogste de termijn van de resterende geldigheidsduur van de voorwaardelijke machtiging, welke de beslissing van de behandelaar geldt als voorlopige

machtiging. De behandelaar *stelt* de betrokkene uiterlijk vier *dagen* na zijn beslissing tot opnemning daarvan schriftelijk in kennis onder mededeling van de redenen van de beslissing.

2. De personen, bedoeld in artikel 4, eerste lid, kunnen de behandelaar verzoeken toepassing te geven aan het eerste lid.
3. De geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis doet van de opnemning mededeling aan de griffier van de rechtbank die de voorwaardelijke machtiging heeft verleend, en aan de officier van justitie bij die rechtbank.
4. Artikel 12, eerste lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 14e

1. Met botrekking tot de beslissing van de behandelaar, bedoeld in artikel 14d, eerste lid, staat voor de betrokkene en voor ieder van de in artikel 4, eerste lid, bedoelde personen de mogelijkheid open de officier van justitie te verzoeken de beslissing van de rechter te vorderen. Het verzoek wordt schriftelijk gedaan: bij het verzoek wordt gevoegd een afschrift van de beslissing van de behandelaar.
2. De inspecteur geeft desgevraagd of eigener beweging aan de officier van justitie schriftelijk zijn oordeel over de beslissing van de behandelaar.
3. De officier van justitie vordert na ontvangst van het verzoek met de bijbehorende stukken zo spoedig mogelijk de beslissing van de rechter. Aan de verzoeker wordt schriftelijk medegedeeld dat de vordering is ingesteld.
4. Artikel 49, zevende en negende lid, is van overeenkomstige toepassing, met uitzondering van het voorschrift dat het verzoek wordt behandeld door de meervoudige kamer van de arrondissementsrechtbank.

Artikel 14f

Artikel 14d, eerste lid, vindt geen toepassing indien:

- a. de in artikel 14g, eerste lid, bedoelde verklaring is verschaft;
- b. de geldigheidsduur van de voorwaardelijke machtiging is verstroken, tenzij voor het einde van de termijn een vordering is ingesteld tot het verlenen van een nieuwe voorwaardelijke machtiging; of
- c. door de rechter na toepassing van artikel 14g het verschaffen van een verklaring is bevolen.

Artikel 14g

1. De behandelaar, bedoeld in artikel 14a, zesde lid, verschaft aan de betrokkene, indien deze niet langer in zijn geestvermogens is gestoord of gevaarlijk is, een schriftelijke verklaring daaromtrent. Artikel 45, eerste lid, laatste volzin, is van overeenkomstige toepassing.
2. De betrokkene, ieder van de in artikel 4, eerste lid, bedoelde personen alsmede de inspecteur en de officier van justitie in wier ambtsgebied de woonplaats van de betrokkene is gelegen, kunnen aan de in artikel 14a, zesde lid, bedoelde behandelaar schriftelijk verzoeken een verklaring als bedoeld in het eerste lid, te verschaffen.
3. De behandelaar beslist op het verzoek met inachtneming van het eerste lid en overeenkomstige toepassing van artikel 14f, onder b en c. De beslissing op het verzoek wordt aan de inspecteur medegedeeld. Voor de toepassing van het vierde lid wordt met een afwijzende beslissing van de behandelaar gelijkgesteld het niet beslissen binnen twee weken na ontvangst van het verzoek.
4. In geval van een afwijzende beslissing kan degene die de beslissing heeft verkregen, de officier van justitie verzoeken de beslissing van de rechter te vorderen. Artikel 14e, eerste lid, laatste volzin, en tweede tot en met vierde lid, alsmede artikel 49, zesde lid, zijn van

overeenkomstige toepassing.

NOTA VAN WIJZIGING

Ontvangen 21 maart 2001

Het veerstel van wet wordt gewijzigd als volgt.

A

Artikel I, onderdeel A, komt te luiden:

A

In artikel 2, eerste lid, wordt na << op vordering van de officier van justitie>> ingevoegd; ,dan wel ambtshalve bij de beslissing op diens vordering tot het verlenen van een voorwaardelijke machtiging.

B

Artikel I, onderdeel C, wordt gewijzigd als volgt.

1. In artikel 14a, vijfde lid, eerste volzin, wordt <<na overleg met>> vervangen door <<met instemming van >>, wordt <<degene>> vervangen door << de psychiater>> en vervalt << in deze paragraaf>>.

Artikel 14b, tweede lid, komt te luiden:

2. Het bij de artikelen 37, eerste lid, derde volzin en 56, eerste lid, onderdelen a tot en met c, tweede lid, onderdelen b en c, en derde lid, alsmede het krachtens artikel 37, vierde lid, en artikel 56, vierde lid, omtrent het patiëntendossier bepaalde is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 14b, derde lid, komt te luiden:

3. De betrokkene of de behandelaar kan de officier van justitie verzoeken de beslissing van de rechter omtrent het wijzigen van de voorwaarden of het aanwijzen van een andere behandelaar te vorderen. Het verzoek wordt schriftelijk gedaan.

Aan artikel 14b worden twee leden toegevoegd, luidende:

4. De officier van Justitie vordert na ontvangst zo spoedig mogelijk de beslissing van de rechter.
5. De rechter kan op vordering van de officier van justitie de voorwaarden wijzigen of een andere behandelaar aanwijzen. De artikelen 8 en 14a, zesde tot en met achtste lid, zijn Van overeenkomstige toepassing.
- 5- Aan artikel 14c, tweede lid, wordt een volzin toegevoegd, luidende: De vordering tot het verlenen van een nieuwe voorwaardelijke machtiging wordt ingesteld tijdens de zesde of vijfde week voor het einde van de geldigheidsduur van de lopende machtiging.
6. Artikel 14d, eerste lid, derde volzin, wordt vervangen door: De opneming geschiedt niet dan nadat de behandelaar de betrokkene in de gelegenheid heeft gesteld om te worden gehoord, en niet dan met instemming van een psychiater die de betrokkene met het oog daarop kort tevoren heeft onderzocht, maar niet bij diens behandeling betrokken was. Deze psychiater verschaft aan de behandelaar een schriftelijke verklaring ter zake van zijn instemming.

7. In artikel 14e, eerste lid, eerste volzin, wordt <<de beslissing van de behandelaar >> vervangen door: de beslissing van de behandelaar tot opnemning.
8. In artikel 14e, eerste lid, tweede volzin, wordt <<de beslissing van de behandelaar>> vervangen door: de beslissing van de behandelaar en een afschrift van de verklaring, bedoeld in artikel 14d, eerste lid.
9. Aan artikel 14e, eerste lid, wordt een volzin toegevoegd, luidende: Artikel 49, zesde lid, is van overeenkomstige toepassing.
10. Artikel 14f aanhef en onder a, komt te luiden:
Artikel 14d, eerste lid, vindt geen toepassing indien:
a. de in artikel 14g, eerste lid, bedoelde verklaring, al dan niet na toepassing Van artikel 14g, vierde lid. is verschaft;.
11. In artikel 14f vervallen, onder vervanging van de komma door een punt aan het eind van onderdeel b, <<of>> en onderdeel C.
12. Artikel 14g, eerste lid, eerste volzin, komt te luiden: De behandelaar verschaft aan de betrokkene, indien deze niet langer in zij geestvermogens is gestoord of gevaarlijk is, in het geval, bedoeld in artikel 14f onderdeel b, of indien de rechter na toepassing van artikel 14g, vierde lid, zulks heeft bevolen, een schriftelijke verklaring ter zake.
13. In artikel 14g, eerste lid, vervalt de derde volzin.
14. In artikel 14g, tweede lid, vervalt "schriftelijk".
15. In artikel 14g, derde lid, vervalt de eerste volzin.

TWEEDE NOTA VAN WIJZIGING

Het voorstel van wet wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel I, onderdeel C, wordt als volgt gewijzigd:

1. Artikel 14a, vierde lid, vijfde volzin, wordt vervangen door:

Artikel 5, derde tot en met zesde lid, en de artikelen 6 tot en met 8 zijn van overeenkomstige toepassing Artikel 9 is van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de griffier tevens een afschrift van de beschikking inzake de voorwaardelijke machtiging aan de inspecteur zendt. Artikel 10, eerste lid, eerste volzin, is van overeenkomstige toepassing.

2. Artikel 14c, tweede lid, tweede volzin, vervalt.

3. Artikel 14c, zevende lid, komt te luiden:

7. De artikelen 14a en 14b zijn van overeenkomstige toepassing.

Evaluatie

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Deelonderzoek 2: Externe rechtspositie in de psychiatrie en de verstandelijk gehandicaptensector

Trimbos-instituut

Mr. P.P.J.N. van Ginneken

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
2 Het juridisch kader	11
2.1 Inleiding	11
2.2 De parlementaire geschiedenis van art. 60 Wet Bopz	11
2.3 De tekst van art. 60 Wet Bopz en de interpretatie	14
2.4 De uitvoeringsbesluiten voor de psychogeriatric	17
2.4.1 Inleiding	17
2.4.2 Besluit opneming in bejaardenoorden 1976	17
2.4.3 Besluit indicatieadviesing bejaardenoorden en verpleeginrichtingen 1988	18
2.4.4 Besluit idem, zoals aangevuld door Besluit indicatiebeoordeling zwakzinnigeninrichtingen Bopz 1993	19
2.4.5 Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging 1996	20
2.4.6 Zorgindicatiebesluit 1997	22
2.4.7 Commentaar	24
2.5 Het juridisch kader voor de psychogeriatric	27
2.6 Het uitvoeringsbesluit voor de verstandelijk gehandicaptenzorg	29
2.6.1 Inleiding	29
2.6.2 Besluit indicatiebeoordeling zwakzinnigeninrichtingen Bopz 1993	29
2.6.3 Commentaar	31
2.7 Het juridisch kader voor de verstandelijk gehandicaptenzorg	31
3 De landelijke voorbeeldprotocollen	33
3.1 Inleiding	33
3.2 Het VNG-protocol 1993	33
3.3 Het RIPAT-protocol 1994	34
3.4 Het SOMMA-protocol 1994	35
3.5 Het BIO-protocol 1997	35
3.6 Het NIZW-protocol 1999	37
3.7 Commentaar	38
4 De praktijk van de RIO's en de indicatiecommissies anno 2000	41
4.1 Inleiding	41
4.2 De praktijk van de RIO's	41
4.2.1 Bronnen	41
4.2.2 Algemene gegevens	42
4.2.3 Hoe gaan de RIO's om met de procedure en de criteria?	44
4.3 De praktijk van de indicatiecommissies	55
4.3.1 Bronnen	55
4.3.2 Algemene gegevens	56
4.3.3 Hoe gaan de indicatiecommissies om met procedure en criteria?	60

5	Toetsing van de praktijk aan het juridisch kader	67
5.1	Inleiding	67
5.2	Uitvoeringsaspecten in de psychogeriatric die niet conform het juridisch kader verlopen	67
5.3	Uitvoeringsaspecten in de verstandelijk gehandicaptenzorg die niet conform het juridisch kader verlopen	68
5.4	Knelpunten ten tijde van de eerste Bopz-evaluatie	69
5.5	Welke van deze knelpunten waren vorig jaar nog aanwezig?	71
6	Biedt de Wet Bopz een geschikt juridisch kader?	73
6.1	Inleiding	73
6.2	De beschouwing van Van Wijmen (1997)	73
6.3	Het voorstel van Gevers (1998a)	74
6.4	Het voorstel van de werkgroep Smeets (2000)	74
6.5	Het antwoord van Blankman c.s. (2002)	75
6.6	Mijn antwoord op de vraag van ZonMw	76
7	Conclusies en aanbevelingen	77
	Literatuur	81

Samenvatting

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) is begin 1994 in werking getreden. Zij regelt de rechten van mensen die worden opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen, psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. De wet bevat procedures voor onvrijwillige opnemingen en een regeling van de rechten van onvrijwillig opgenomen patiënten.

Art. 71 Wet Bopz bepaalt dat de wet drie jaar nadat zij in werking is getreden, en vervolgens om de vijf jaar, moet worden geëvalueerd. De eerste evaluatie heeft in 1997 plaatsgevonden. De tweede evaluatie zal in 2002 plaatsvinden. Ter voorbereiding van de tweede evaluatie zijn er tien wetenschappelijke onderzoeken uitgevoerd, die in het najaar van 2001 met een rapport zijn afgesloten. Eén van deze onderzoeken ging over de wijze waarop mensen kunnen worden opgenomen in psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Dit onderzoek werd uitgevoerd door het Trimbos-instituut. In dit rapport zijn de resultaten van dit onderzoek neergelegd.

Men kan op drie manieren in de genoemde instellingen worden opgenomen: hetzij op vrijwillige basis, hetzij met een rechterlijke machtiging (RM) of een inbewaringstelling (IBS), hetzij met een oordeel van een commissie ex art. 60 Wet Bopz. Een vrijwillige opname is mogelijk als de betrokkene zich bereid toont tot opname. Een RM of IBS is vereist als de betrokkene zich verzet tegen opname. Een oordeel van een commissie is nodig als de betrokkene geen bereidheid tot opname laat blijken, maar zich daartegen evenmin verzet. Het onderzoek richt zich vooral op het functioneren van de commissies van art. 60 Wet Bopz.

Bij de eerste evaluatie van de Wet Bopz is gebleken dat de wettelijke regels die gelden voor de opname van mensen in psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten, in de praktijk nog niet goed werden nageleefd. Dit onderzoek wilde nagaan of deze regels in het jaar 2000 beter werden nageleefd.

Om daarachter te komen, heeft het Trimbos-instituut een enquête gehouden onder alle commissies van art. 60 Wet Bopz. Voor de psychogeriatric hielden deze commissies regionale indicatieorganen (RIO's) en voor de verstandelijk gehandicaptenzorg indicatiecommissies. In 2000 waren er in Nederland 85 RIO's en 34 indicatiecommissies. Driekwart van de RIO's en driekwart van de indicatiecommissies beantwoordden de enquête. Verder voerde het Trimbos-instituut gesprekken met acht RIO's en met zeven indicatiecommissies, met enkele functionarissen van de inspectie voor de gezondheidszorg, met de koepelorganisaties van de instellingen in de beide sectoren en met een familievereniging.

Het bleek veel tijd te kosten om erachter te komen welke regels er precies gelden voor de wijze waarop de RIO's en de indicatiecommissies hun werk moeten uitvoeren. Art. 60 Wet Bopz bevat daarvoor slechts enkele globale aanwijzingen. Deze zijn verder uitgewerkt in een door de minister of staatssecretaris van volksgezondheid genomen besluit. Voor de commissies in de psychogeriatric zijn er sinds 1994 een aantal opeenvolgende besluiten geweest, die een ontwikkeling laten zien die op sommige punten moeilijk is te volgen. Het Trimbos-instituut heeft hierin toch een lijn ontdekt, zodat duidelijk is geworden aan welke regels de RIO's zich hebben te houden.

De enquête en de interviews hebben uitgewezen dat zeven jaar na het van kracht worden van de Wet Bopz een aanzienlijk aantal indicatiecommissies de taak die de Wet Bopz hun heeft opgedragen, nog niet uitvoeren, en dat dit ook geldt voor enige RIO's. Verder komt uit het onderzoek naar voren dat de RIO's en de indicatiecommissies die de Bopztaak wel uitvoeren, dit vaak op een gebrekkige manier doen. Als gebreken werden gevonden:

- Zij hanteren een begrip 'verzet' dat veel enger is dan de wetgever heeft bedoeld. Zij voeren de Bopztoets niet uit kort voordat de betrokkene kan worden opgenomen (wat zou moeten), maar in de regel al enige maanden daarvóór.
 - Zij delen de betrokkene lang niet altijd schriftelijk en mondeling mee dat hij zich tegen opname kan verzetten.
 - Zij toetsen vaak niet of de betrokkene zich buiten de inrichting zou kunnen handhaven.
 - Zij leggen het Bopz-oordeel zelden vast en delen het vaak niet aan de betrokkene mee.
- Daar komt bij dat, als een RIO of een indicatiecommissie de Bopz-taak niet of niet behoorlijk uitvoert, er geen haan naar kraait.

Het Trimbos-instituut adviseert de verantwoordelijke minister de knelpunten die aan het licht zijn gekomen, aan te pakken. Het doet daarvoor de volgende voorstellen. Er moet een werkgroep komen die het begrip verzet gaat omschrijven. Deze aanbeveling is bij de eerste evaluatie van de wet ook gedaan, maar is daarna vijf jaar in de la blijven liggen. Het tijdstip waarop de Bopz-toets wordt uitgevoerd, moet worden: korte tijd voordat de betrokkene wordt opgenomen. In de commissie die de Bopz-toets uitvoert, moet een jurist worden opgenomen, die fungeert als voorzitter en bewaakt dat de voorgeschreven procedure wordt gevolgd en dat de wettelijke criteria juist worden geïnterpreteerd. Beter nog zou het zijn een rechtbankkamer te creëren, die tot taak krijgt te beslissen over opneming in de instellingen waarom het hier gaat, van alle personen die geen bereidheid tonen zich te laten opnemen. Het onderscheid tussen RM en Bopz-oordeel kan dan vervallen. Uitvoering van dit voorstel vergt een uitbreiding van de rechterlijke macht. Tot slot stelt het Trimbos-instituut voor een wettelijke bepaling te creëren, die een instelling die een persoon die voldoet aan de eisen voor een Bopz-oordeel, opneemt, zonder dat aan haar een Bopz-oordeel is overgelegd, met straf bedreigt.

1

Inleiding

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz, Stb. 1992, 669) is op 17 januari 1994 in werking getreden. Deze wet regelt de rechten van mensen die worden opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen, psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. De wet bevat procedures voor onvrijwillige opname en voor verlof en ontslag (externe rechtspositie) en een regeling van de rechten van onvrijwillig opgenomen patiënten (interne rechtspositie).

Art. 71 van de wet bepaalt dat de wet binnen drie jaar nadat zij in werking is getreden, en vervolgens om de vijf jaar, moet worden geëvalueerd (doordat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in overeenstemming met de minister van Justitie, een verslag over de wijze waarop de wet is toegepast, aan de Staten-Generaal zendt).

Ter voorbereiding van de eerste evaluatie stelden de beide genoemde ministers een evaluatiecommissie in. De commissie besloot nadrukkelijk aandacht te besteden aan het functioneren van de wet in de sectoren waarop de voorloper van de wet, de Krankzinnigenwet, nog niet van toepassing was: de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Drie van de negen wetenschappelijke onderzoeken die door de commissie werden uitbesteed, hadden betrekking op dit onderwerp. Eén van deze onderzoeken betrof de externe rechtspositie van de patiënten die in deze beide sectoren worden opgenomen. Dit onderzoek werd opgedragen aan Social Research te Nijmegen en eind 1996 afgesloten met een rapport (Puts en Knapen 1996).

De Wet Bopz bevatte – en bevat tot op heden – de volgende regeling voor de opname van mensen in een psychogeriatrisch verpleeghuis of in een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Als de betrokkene geen bereidheid tot opname toont, maar daartegen ook geen bezwaar maakt, moet een commissie als bedoeld in art. 60 Wet Bopz over de opname beslissen. Als de betrokkene bezwaar maakt tegen opname, is een besluit van de rechter of van de burgemeester nodig. Als de betrokkene bereid is tot opname, kan hij vrijwillig worden opgenomen.

Bij het van kracht worden van de Wet Bopz werden de zogenaamde indicatiecommissies die toen in de bejaardenzorg en in de verstandelijk gehandicaptenzorg functioneerden, aangewezen als commissies in de zin van art. 60 Wet Bopz. Deze commissies hielden zich toen bezig met – en zijn zich bezig blijven houden met – het reguleren van de toegang tot de (schaarse) zorg. Met deze aanwijzing kregen de commissies er een taak bij.

In het eind 1996 door haar uitgebrachte evaluatierapport kwam de evaluatiecommissie, mede op basis van het door Puts en Knapen uitgevoerde onderzoek, tot de conclusie dat veel indicatiecommissies pas geruime tijd nadat de wet van kracht was geworden, de nieuwe taak waren

gaan uitvoeren. De commissie constateerde ook dat er nog veel onduidelijkheid bestond over de interpretatie van het wettelijk begrip 'verzet' (dat in de plaats was gekomen van 'bezwaar') en over de invulling van de verplichting de betrokkene schriftelijk en mondeling mee te delen dat hij zich tegen opnemingsmaatregelen kan verzetten. De commissie merkte ook op dat de verslaglegging, het bewaren van gegevens en het waarborgen van de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene bij veel commissies te wensen overlieten.

Vermoedelijk in de loop van 1999 verzocht het ministerie van VWS ZorgOnderzoek Nederland (per 15 juni 2001 ZonMw), programma evaluatie regelgeving, zorg te dragen voor de tweede evaluatie van de Wet Bopz. Ter uitvoering van dit verzoek publiceerde ZonMw in maart 2000 een nota, waarin tien thema's werden beschreven die bij de tweede evaluatie van de wet onderwerp zouden zijn van een in te stellen wetenschappelijk onderzoek. Eén van de te onderzoeken thema's die ZonMw in de nota beschreef, was getiteld: externe rechtspositie in de psychogeriatric en in de verstandelijk gehandicaptensector. In de beschrijving van dit thema constateerde ZonMw dat bij de eerste Bopzevaluatie was gebleken dat de discrepantie tussen inhoud en bedoeling van de wet enerzijds en de stand van de implementatie anderzijds aanzienlijk was. Deze constatering leidde ZonMw tot de volgende onderzoeksvragen (die hier letterlijk worden weergegeven):

- Hoe geven de indicatiecommissies thans invulling aan de wettelijke taken?
- In hoeverre is er op het terrein van de indicatiecommissies sprake van protocollering?
- Welke interpretatie wordt gegeven aan de in de procedure van artikel 60 Wet Bopz gebruikte begrippen (bereidheid, bezwaar, verzet, gevaar)?
- Hoe staat het met de verslaglegging van de indicatiecommissies?
- Hoe zijn de ontwikkelingen in beide sectoren ten aanzien van de aantallen indicaties, inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen?

In april 2000 diende het Trimbos-instituut bij ZonMw een voorstel in voor een onderzoek naar de externe rechtspositie van patiënten in de beide genoemde sectoren. In december 2000 verklaarde ZonMw zich met het (op een aantal punten aangevulde en herziene) voorstel akkoord. Aan de in de nota vermelde onderzoeksvragen had ZonMw intussen een onderzoeksvraag toegevoegd: "In hoeverre biedt de Wet Bopz een geschikt en geëigend juridisch kader voor de rechtspositie van deze groepen wilsonbekwamen (psychogeriatricische patiënten en verstandelijk gehandicapten)?"

De bepalingen omtrent ontslag die de Wet Bopz bevat, gelden niet voor mensen die via de procedure van art. 60 zijn opgenomen, terwijl de verlofregeling voor deze mensen een vrijblijvend karakter heeft. Aldus Dijkers (Handboek opnemings- en verblijfsmaatregelen). Daarom zal dit onderzoek naar de externe rechtspositie zich beperken tot de opnemingsmaatregelen in de instellingen waarom het hier gaat. De opnemingsmaatregel via een rechterlijke machtiging (RM) of een inbewaringstelling (IBS) alsmede de opnemingsmaatregel op vrijwillige basis zullen slechts zijdelings ter sprake komen. Het eigenlijke onderwerp van het onderzoek is de opnemingsmaatregel krachtens art. 60 Wet Bopz. Een en ander betekent dat de toegespitste onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt: In hoeverre worden de wettelijke regels die gelden voor de opnemingsmaatregel in een psychogeriatric verpleeghuis of in een instelling voor verstandelijk gehandicapten, in de praktijk nageleefd?

Opdrachtgever ZonMw heeft met het Trimbos-instituut een aantal afspraken gemaakt over de wijze waarop deze onderzoeksvraag zal worden beantwoord. De belangrijkste daarvan vermelden wij hier. Het Trimbos-instituut zal de werkwijze van de commissies ex art. 60 Wet Bopz via een onder alle commissies te houden enquête in kaart brengen. Het zal daarbij speciale aandacht besteden aan de verplichting van de commissie de betrokkene mee te delen dat hij zich tegen opnemingsmaatregelen kan verzetten, aan de interpretatie van het begrip 'verzet', aan de ver-

slaglegging, het bewaren van gegevens en het waarborgen van de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene. Het zal nagaan hoeveel mensen in de beide sectoren worden opgenomen op vrijwillige basis, met een RM of IBS en met een indicatie ex art. 60 Wet Bopz. Het Trimbos-instituut zal suggesties ter verbetering van de werkwijze van de commissies doen, in de vorm van een voorbeeldreglement. Het zal de oorspronkelijke taak van de commissies (het reguleren van de toegang tot de zorg) bekijken, echter alleen voor zover de vervulling daarvan de invulling van de Bopz-taak gunstig of nadelig beïnvloedt. Het zal nagaan of de reorganisatie van de indicatiestelling en de zorgtoewijzing die momenteel in de hele gezondheidszorg gaande is, gevolgen heeft voor het uitvoeren van de aan de commissies opgedragen Bopz-taak. Het Trimbos-instituut zal enige indicatiecommissies uit de beide sectoren interviewen en ook gesprekken voeren met koepelorganisaties, organisaties ter behartiging van belangen van cliënten en familieleden, de inspectie en andere 'omstanders'. Tot slot zal het Trimbos-instituut antwoord proberen te geven op de vraag of de Wet Bopz een geschikt juridisch kader vormt voor het regelen van de rechten van patiënten in de beide sectoren.

Het onderzoek is onder verantwoordelijkheid van het Trimbos-instituut uitgevoerd door de heer mr. P.P.J.N. van Ginneken (die zich in dit rapport in de ik-vorm tot de lezer wendt). Binnen het Trimbos-instituut werd de projectleiding verzorgd door mevrouw prof. dr. M.C.H. Donker. Bij het binnenkrijgen van zoveel mogelijk ingevulde vragenlijsten werd ik geassisteerd door mevrouw mr. C. de Groot. Mevrouw ir. B.S. Schaefer analyseerde de binnengekomen vragenlijsten met behulp van het statistisch pakket van SPSS. De voorlaatste versie van het rapport werd van kritisch commentaar voorzien door mevrouw mr. A. Blok en mevrouw mr. C. de Groot, waarvoor ik hen vriendelijk bedank. Mevrouw E. de Kock verzorgde de lay-out van dit rapport.

De opzet van dit rapport ziet eruit als volgt. In hoofdstuk 2 wordt de regelgeving beschreven die geldt voor de commissies van art. 60 Wet Bopz. In aansluiting daarop geeft hoofdstuk 3 een overzicht van de landelijke voorbeeldprotocollen. In hoofdstuk 4 wordt uiteengezet hoe de commissies van art. 60 in de praktijk functioneren. In hoofdstuk 5 wordt de praktijk getoetst aan de regelgeving. Hoofdstuk 6 geeft een antwoord op de vraag of de Wet Bopz een geschikt juridisch kader biedt voor het regelen van deze materie. In hoofdstuk 7 worden de conclusies vermeld die uit het onderzoek kunnen worden getrokken, en worden enige aanbevelingen gedaan.

Voor de meeste hoofdstukken geldt dat eerst de psychogeriatric en daarna de verstandelijk gehandicaptenzorg aan de orde komt.

Bij hoofdstuk 4 moet worden opgemerkt dat is onderzocht hoe de commissies in het jaar 2000 functioneerden. De beschikbare onderzoeksperiode liet niet toe ook het functioneren van de commissies in 2001 te bestuderen. Aangezien het empirische onderzoek betrekking heeft op het jaar 2000, is ook wat betreft de regelgeving (hoofdstuk 2) uitgegaan van dat jaar.

2

Het juridisch kader

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geef ik een beschrijving van de procedure en de criteria voor de opnemings van mensen in psychogeriatrische verpleeghuizen en in instituten voor verstandelijk gehandicapten, zoals deze zijn neergelegd in art. 60 Wet Bopz en de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten, en nader zijn uitgewerkt in de juridische literatuur en de rechtspraak. Aangezien de rechtspraak over dit thema zeer beperkt is en de literatuur ook niet overvloedig is, zal de nadruk liggen op het overleg tussen regering en parlement dat leidde tot art. 60 Wet Bopz, de tekst van het artikel en de uitvoeringsbesluiten van het artikel.

Het gaat er in dit hoofdstuk dus om een zo scherp mogelijk beeld te krijgen van de inhoud en de bedoeling van de normen die gelden voor de opnemings van mensen in de genoemde sectoren van de gezondheidszorg. Deze normen vormen het toetsingskader voor het handelen van de commissies ex art. 60 Wet Bopz.

De landelijke voorbeeldprotocollen voor het functioneren van deze commissies komen in het volgende hoofdstuk aan de orde. Aangezien deze protocollen voor de commissies niet bindend zijn, behoren zij niet tot het toetsingskader.

2.2 De parlementaire geschiedenis van art. 60 Wet Bopz

In de tijd dat de Krankzinnigenwet van kracht werd (het einde van de 19e eeuw), was er nog geen sprake van aparte voorzieningen voor psychiatrische patiënten, demente bejaarden en zwakzinnigen. Er waren alleen krankzinnigengestichten. Dementen en zwakzinnigen verbleven ofwel in de samenleving ofwel in een krankzinnigengesticht. Psychogeriatrische verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen zijn pas na de Tweede Wereldoorlog ontstaan.

Na de oorlog maar nog vóór de invoering van de Wet Bopz kwam het, zoals heden ten dage, regelmatig voor dat een bejaarde die men wilde opnemen in een psychogeriatrisch verpleeghuis, of een zwakzinnige die men wilde opnemen in een zwakzinnigeninrichting, tegen de opname protesteerde. Als de familie en de bij het geval betrokken hulpverlener de opname noodzakelijk vonden, werd slechts bij hoge uitzondering een rechterlijke machtiging of inbewaaringstelling aangevraagd. In de meeste gevallen werd de opname op gezag van de familie gerealiseerd. Ik heb de voorafgaande historische gegevens ontleend aan GIGV en WVC (1994).

In 1971 diende de regering bij het parlement een ontwerp van een Wet Bopz in, die de Krankzinnigenwet 1884 moest gaan vervangen. De nieuwe wet zou niet alleen van toepassing zijn op de psychiatrische ziekenhuizen, maar ook op de psychogeriatrische verpleeghuizen (inclusief de psychogeriatrische afdelingen van gecombineerde verpleeghuizen) en de zwakzinnigeninrichtingen, aangezien ook in deze instellingen allerlei vrijheidsbeperkende maatregelen werden toegepast. Het denken over de grondrechten van mensen had zich inmiddels zo ver ontwikkeld dat men het noodzakelijk vond de wijze waarop mensen in deze instellingen werden opgenomen, en de wijze waarop zij, eenmaal opgenomen, werden behandeld en bejegend, met de nodige wettelijke waarborgen te omgeven.

Het wetsvoorstel Bopz dat in 1983 met algemene stemmen door de Tweede Kamer werd aanvaard, bevatte de regeling dat een rechterlijke machtiging is vereist voor opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis of een zwakzinnigeninrichting in alle gevallen dat de betrokkene niet de nodige bereidheid tot opname toont. Uit het onderstaande zal blijken dat hiermee het laatste woord over deze kwestie nog niet was gesproken. De formule voor opname in deze instellingen zou er uiteindelijk heel anders uit komen te zien.

Pas nadat de nieuwe wet door de Tweede Kamer was aanvaard, drong het tot de regering door dat, als gevolg van de enorme toename van het aantal rechterlijke machtigingen, de werklust van de rechterlijke macht zodanig zou worden verzwakt dat, zonder een substantiële uitbreiding van het aantal rechters, de uitvoering van de nieuwe wet zou vastlopen. Daarom bezon de regering zich op de mogelijkheid het wetsontwerp op dit punt, met behulp van een zogenaamde novelle, alsnog te wijzigen.

Bij het nadenken over deze novelle bevond de regering zich tussen twee vuren: van de ene kant wilde zij niet overgaan tot een (kostbare) uitbreiding van de rechterlijke macht, van de andere kant moest zij ervoor zorgen niet in strijd te komen met art. 5 van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens (EVRM) en met art. 15 van de Grondwet. Volgens art. 5 EVRM mag vrijheidsontneming slechts plaatsvinden in een aantal in het verdrag vermelde gevallen, waaronder geestesziekte, maar in deze gevallen slechts "in accordance with a procedure prescribed by law". Art. 15 Grondwet bepaalt dat vrijheidsontneming slechts mag geschieden in gevallen bij of krachtens de wet bepaald.

In de zomer van 1988 legde de regering aan de Raad van State een ontwerp van een novelle voor waarin zij voorstelde het aantal rechterlijke machtigingen voor opname in een pg-verpleeghuis en in een zwakzinnigeninrichting op de volgende manier drastisch te beperken: Een rechterlijke machtiging zal nog alleen zijn vereist in de gevallen dat de betrokkene bezwaar maakt tegen opname. In alle overige gevallen hoeft geen Bopz-procedure te worden gevolgd om iemand op te nemen. De regering motiveerde dit voorstel met de stelling dat de bestaande procedures die, ter voorbereiding van opname in een verpleeg- of zwakzinnigeninrichting, worden gevolgd om te bepalen of opname medisch geïndiceerd is, "zeer zorgvuldig verlopen en waarborgen bieden tegen ongerechtvaardigde opnames".

In het voorjaar van 1989 bracht de Raad van State een uiterst kritisch advies uit over het ontwerp van de novelle. Naar zijn mening bevat de novelle onvoldoende rechtswaarborgen ter bescherming van de rechten en vrijheden van dementen en zwakzinnigen die geen blijk (kunnen) geven van de nodige bereidheid tot opname. De raad wil graag geloven dat de door de regering genoemde procedures zorgvuldig verlopen, maar is er niet van overtuigd dat deze procedures op het punt van het ontnemen van vrijheid voldoen aan art. 5 EVRM en art. 15 Grondwet. Teneinde de novelle in overeenstemming met het Europees Verdrag en de Grondwet te brengen, zal zij naar de mening van de raad op twee punten moeten worden aangevuld:

1. Voor dementen en zwakzinnigen die niet in staat zijn om bezwaar te maken, moet worden voorzien in een zorgvuldige opnemingsprocedure die ook recht doet aan het aspect van de vrijheidsbeneming.
2. In de wet moet een verplichting worden neergelegd om de patiënt tijdens de opnameprocedure te attenderen op de mogelijkheid bezwaar tegen opname te maken.

De regering nam beide adviezen van de Raad van State over. In de zomer van 1989 diende zij bij de Tweede Kamer een voorstel in om met behulp van een novelle aan het wetsontwerp Bopz toe te voegen dat er niet aan een inrichting gebonden commissies zullen worden ingesteld of aangewezen die zullen oordelen over de noodzaak van opnemingsprocedure in een verpleeg- of zwakzinnigeninrichting van personen die geen bereidheid en geen bezwaar ten aanzien van opnemingsprocedure tonen, en dat de te volgen opnemingsprocedure nader zal worden geregeld bij of krachtens algemene maatregel van bestuur. Verder stelde de regering voor in het wetsontwerp de verplichting op te nemen om de betrokkene, voorafgaand aan de genoemde procedure, mee te delen dat hij bezwaar tegen opname kan maken.

De openbare behandeling van de novelle in de Tweede Kamer vond plaats in het najaar van 1991. Tijdens deze behandeling wezen enkele Kamerleden op de volgende rechtsongelijkheid die het wetsontwerp naar hun mening was gaan bevatten: Als het gaat om opname in een psychiatrisch ziekenhuis, moet voor een patiënt die geen bereidheid en geen bezwaar toont, een rechterlijke machtiging worden afgegeven, terwijl als het gaat om opname in een verpleeg- of zwakzinnigeninrichting, voor zo'n patiënt een oordeel van een commissie voldoende is. Staatssecretaris H.J. Simons wees de suggestie van rechtsongelijkheid van de hand met de volgende redenering. Naar zijn mening gaat het om de vraag of "de procedures die onderscheiden zijn, intrinsiek soortgelijke waarborgen bevatten betreffende een zorgvuldige besluitvorming omtrent de opnemingsprocedure in het ene of in het andere geval". Hij beantwoordde deze vraag met de stelling "dat niet goed valt in te zien waarom de rechter meer is gekwalificeerd om deze vraag te beantwoorden dan een onafhankelijke commissie van deskundigen".

Simons gaf bij verschillende gelegenheden een toelichting op het gevaarscriterium waaraan moet worden voldaan bij de opnemingsprocedure van dementen en zwakzinnigen via een commissie (betrokkene kan zich ten gevolge van de stoornis van de geestvermogens niet buiten de inrichting handhaven). Of daaraan is voldaan, "hangt af van de aard en de ernst van de geestesstoornis en van de omstandigheden waarin de patiënt verkeert, waaronder begrepen de mogelijkheden van zijn omgeving tot het bieden van steun" (TK 1988/1989, 21239, nr. 3). Iets later schreef hij: "Het gevaar schuilt bij de psychogeriatrische patiënt en de zwakzinnige vooral in het onvermogen van de patiënt zichzelf te verzorgen, waardoor deze patiënt zich niet buiten de inrichting kan handhaven" (TK 1990-1991, 21239, nr. 6). Bij de openbare behandeling van de novelle stelde Simons dat het gevaarscriterium "niets anders (is) dan een op de betrokken groep patiënten toegespitste omschrijving van gevaar".

Simons gaf namens de regering de volgende toelichting op het begrip 'bezwaar': "Onder het maken van bezwaar moet worden verstaan het op enigerlei wijze kenbaar maken dat de opnemingsprocedure en het verblijf worden afgewezen. Voor het uiten van bezwaar geldt geen vormvereiste. Uitgangspunt is het feitelijk gedrag van betrokkene. Er moet daarbij niet alleen worden uitgegaan van verbale uitingen, maar ook van non-verbale. Bij twijfel over de bedoelingen van de patiënt zal deze de 'benefit of the doubt' moeten krijgen in die zin dat er in het algemeen van moet worden uitgegaan dat uitingen die op bezwaar kunnen duiden als bezwaar worden aangemerkt" (TK 1991-1992, 21239, nr. 20).

Overigens moet niet alleen de commissie van art. 60 scherp letten op elke uiting van bezwaar,

maar ook de opnemende inrichting. De regering achtte het van groot belang “dat er bij de opneming zeer goed op wordt gelet hoe de patiënt reageert. Geeft hij blijk van bezwaar dan zal alsnog een machtiging gevraagd moeten worden” (TK 1991-1992, 21239, nr. 20).

Het wetsontwerp Bopz werd, voorzien van de aanvullingen die de novelle bevatte, eind 1991 door de Tweede Kamer en vervolgens in het najaar 1992 door de Eerste Kamer aanvaard.

In de zomer van 1993 antwoordde de regering op vragen van de Tweede Kamer dat degenen die ten tijde van het inwerkingtreden van de Wet Bopz zouden verblijven in pg-verpleeghuizen of zwakzinnigeninrichtingen, geacht zouden worden hun verblijf vrijwillig voort te zetten (Kamerstukken TK 1992-1993, nr. 822).

Per 1 januari 1994, enkele weken voordat de Wet Bopz in werking trad, werden enkele onderdelen van de Algemene wet bestuursrecht ingevoerd. In verband daarmee werd in art. 3 van de Wet Bopz de term ‘bezwaar’ (bezwaar tegen opneming of verblijf) vervangen door de term ‘verzet’. De regering tekende bij deze vervanging aan dat het ging om een terminologische aanpassing waarmee geen inhoudelijke wijziging werd beoogd (TK 1992-1993, 23258, nr. 3).

2.3 De tekst van art. 60 Wet Bopz en de interpretatie

Art. 60 Wet Bopz is, mede als gevolg van de verwijzingen die erin voorkomen, zelfs voor een jurist moeilijk leesbaar. In deze paragraaf geef ik een parafraze van de tekst van het artikel, gevolgd door een nadere uitleg van de verschillende elementen die deze tekst bevat. Deze uitleg is ontleend aan de literatuur, de jurisprudentie en mijn gezonde verstand.

Uit het eerste lid van art. 60 kan men afleiden dat de wetgever, als het gaat om de opneming in een pg-verpleeghuis of een zwakzinnigeninrichting van een persoon van twaalf jaar of ouder, drie situaties onderscheidt:

1. De betrokkene toont de nodige bereidheid tot opneming.
2. De betrokkene geeft blijk van verzet tegen opneming.
3. De betrokkene geeft geen blijk van de nodige bereidheid tot en evenmin van verzet tegen opneming.

In situatie 1 kan betrokkene vrijwillig worden opgenomen. In situatie 2 is ingevolge art. 3 Wet Bopz een rechterlijke machtiging vereist om betrokkene te kunnen opnemen. In situatie 3 kan betrokkene uitsluitend worden opgenomen, indien een commissie de opneming noodzakelijk oordeelt.

Het tweede lid van art. 60 gaat ervan uit dat aan een opneming waarvan de noodzaak door een commissie moet worden beoordeeld, een aanvraag voorafgaat. Het genoemde artikellid bepaalt dat de procedure die de commissie moet volgen bij het behandelen van een aanvraag tot opneming, bij of krachtens algemene maatregel van bestuur moet worden geregeld. Het vijfde lid van art. 60 bepaalt dat, voorafgaand aan deze procedure, de commissie de betrokkene mondeling en schriftelijk moet meedelen dat hij zich tegen opneming kan verzetten.

Het derde lid van art. 60 bepaalt dat commissies als hier bedoeld moeten worden ingesteld of aangewezen bij algemene maatregel van bestuur, en tevens dat deze commissies niet aan een pg-verpleeghuis of een zwakzinnigeninrichting gebonden mogen zijn.

Het vierde lid bepaalt dat de noodzaak tot opneming die een commissie moet vaststellen, aanwezig is als de commissie van mening is dat betrokkene zich als gevolg van een geestesstoornis niet buiten de inrichting kan handhaven.

Tot zover een parafrase van de tekst van art. 60 Wet Bopz. Samenvattend kan men zeggen dat de in dit artikel geregelde commissie de volgende activiteiten moet verrichten. Naar aanleiding van een bij haar binnengekomen aanvraag tot opneming onderzoekt zij of de betrokkene hetzij blijk geeft van de nodige bereidheid tot opneming, hetzij zich verzet tegen opneming, hetzij ten aanzien van opneming geen bereidheid en geen verzet toont. Het is mogelijk dat het onderzoek onmiddellijk tot een conclusie leidt, maar ook dat een conclusie pas kan worden bereikt nadat de commissie de betrokkene mondeling en/of schriftelijk heeft meegedeeld dat hij zich tegen opneming kan verzetten. Als de commissie tot de conclusie komt dat de betrokkene bereid is tot opneming, is daarmee haar taak beëindigd en kan de betrokkene vrijwillig worden opgenomen. Als de commissie tot de conclusie komt dat betrokkene zich tegen opneming verzet, is daarmee haar taak beëindigd en moet de rechter over opname van de betrokkene oordelen. Als de commissie tot de conclusie komt dat de betrokkene ten aanzien van opneming geen bereidheid en geen verzet toont, moet zij in elk geval nog twee activiteiten verrichten: Zij moet in een vroeg stadium van de procedure de betrokkene mondeling en schriftelijk meedelen dat hij zich tegen opneming kan verzetten, en als afsluiting van de procedure een oordeel geven over de vraag of de gevraagde opneming noodzakelijk is.

De commissie moet dus uitmaken of de betrokkene bereid is tot opneming danwel zich tegen opneming verzet. Aan de hand van de literatuur geef ik een nadere toelichting op het begrip bereidheid en vervolgens op het begrip verzet. Daarna zal ik nog enkele andere elementen uit art. 60 Wet Bopz toelichten.

De nodige bereidheid tot opneming is alleen aanwezig indien de betrokkene welbewust met opname instemt. Van de nodige bereidheid kan, aldus Laurs en Van Dijke (1993), slechts sprake zijn als betrokkene in staat is een afgewogen beslissing over opname te nemen, dat wil zeggen wilsbekwaam is. Het is overigens niet nodig dat hij van harte voor opneming kiest. Aldus ook Dijkers (Handboek opneming en verblijf): De nodige bereidheid kan “niet aanwezig geacht worden, als de patiënt niet tot geordende wilsvorming ter zake in staat is: voor vrijwillige opneming is informed consent nodig”.

Laurs en Van Dijke (1995) staan stil bij het verschijnsel dat hulpverleners, rechters en burgemeesters er vaak vanuitgaan dat psychogeriatrische patiënten wel wilsonbekwaam zullen zijn. Zij stellen daar tegenover dat de wetgever ervan uitgaat dat de wilsbekwaamheid van situatie tot situatie wordt beoordeeld. De neiging om pg-patiënten op voorhand te beschouwen als onvoldoende bekwaam, doet geen recht aan de mogelijk nog aanwezige vermogens tot oordeelsvorming en zelfbepaling. Vergelijk ook Legemaate (1991): “De patiënt moet voor bekwaam worden gehouden, tenzij op basis van de beoordeling van de omstandigheden van het geval het tegendeel komt vast te staan”.

In de vorige paragraaf is de omschrijving die de regering van ‘bezwaar’ gaf, geciteerd. Laurs en Van Dijke (1993) vatten deze omschrijving samen als volgt: De commissie van art. 60 moet uiterst scherp letten op mogelijke bezwaren bij de betrokkene en, zodra daarvan maar iets blijkt, aannemen dat er van bezwaar sprake is. Dijkers (Handboek opneming en verblijf) leidt uit de omschrijving van de regering af dat ook het verzet van een wilsonbekwame patiënt moet worden gerespecteerd. Leenen (2000) parafraseert dat “elke, ook non-verbale, uiting” als bezwaar moet worden opgevat.

Tevens merkt Dijkers (t.a.p.) op dat, als een patiënt voor wie een Bopz-oordeel is afgegeven, zich bij de feitelijke opname daartegen verzet, het Bopz-oordeel terstond geen waarde meer heeft en er een RM moet worden aangevraagd.

Art. 60 Wet Bopz verplicht de commissie betrokkene mondeling mee te delen dat hij zich tegen opname kan verzetten. Uit deze verplichting kan naar mijn mening worden afgeleid dat de wetgever ervan uitgaat dat (een lid van) de commissie altijd een face-to-face contact met de betrokkene zal hebben, met andere woorden een bezoek aan de betrokkene zal afleggen.

Hoewel staatssecretaris Simons heeft beweerd dat het criterium waaraan de commissie van art. 60 een aanvraag tot opname moet toetsen (betrokkene kan zich als gevolg van de geestesstoornis niet buiten de inrichting handhaven), niets anders is dan een toespitsing van het voor de psychiatrie geldende gevaarscriterium, zijn de rechtsgeleerde auteurs die hierover iets zeggen, van mening dat de formulering van dit criterium ruimer is dan het gevaarscriterium dat geldt voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Dijkers (Handboek opname en verblijf) legt uit dat de commissie van art. 60 moet worden beschouwd als een 'college met enig openbaar gezag bekleed' in de zin van de Algemene wet bestuursrecht, en dat het toewijzen door deze commissie van een aanvraag tot opname zowel als het afwijzen van een aanvraag moet worden beschouwd als een 'beschikking' in de zin van deze wet. Dit betekent dat de betrokkenen de rechtsbescherming die de Algemene wet bestuursrecht biedt (bezwaar en beroep), genieten.

Art. 2 van het Besluit patiëntendossier Bopz (stb. 1993, 562) bepaalt dat in het dossier van een patiënt in ieder geval de opnamegegevens moeten worden vastgelegd en dat de instelling de desbetreffende bescheiden minimaal vijf jaar moet bewaren. De toelichting zegt dat onder 'opnamegegevens' ook is begrepen: het besluit van de indicatiecommissie ten aanzien van een patiënt die met toepassing van art. 60 Wet Bopz wordt opgenomen. Dit betekent dat bij de opname van een patiënt op grond van art. 60, aan de instelling een oordeel van een indicatiecommissie moet worden overgelegd. Ik zou hieruit tevens willen afleiden dat een pg-verpleeghuis of een inrichting voor verstandelijk gehandicapten een patiënt die geen bereidheid en geen verzet ten aanzien van opname toont, pas mag opnemen nadat het huis of de inrichting een afschrift van een oordeel van een indicatiecommissie heeft ontvangen. Dat een instelling die zo'n patiënt zonder papieren opneemt, niet met straf wordt bedreigd (zie het slot van hoofdstuk 7), staat aan deze gevolgtrekking niet in de weg.

Vrijwel alle mensen die worden opgenomen in een pg-verpleeghuis, zijn bejaard of hoogbejaard. Voor de toepassing van art. 60 Wet Bopz geldt, als het gaat om opname in zo'n huis, echter geen minimum leeftijd. Ook op een persoon die nog niet de leeftijd van een bejaarde, tegenwoordig oudere genoemd, heeft bereikt, maar die wel is aangewezen op pg-zorg, is de opnameprocedure van art. 60 Wet Bopz van toepassing.

Tot slot licht ik toe dat pg-patiënten en verstandelijk gehandicapten die via de procedure van art. 60 zijn opgenomen, in grote trekken dezelfde interne rechtspositie hebben als patiënten die met een rechterlijke machtiging zijn opgenomen. Enkele bepalingen betreffende de interne rechtspositie gelden voor hen niet. De ontslagregeling die geldt voor met een RM opgenomen patiënten, is ten aanzien van hen niet van toepassing. Dit betekent dat de inrichting het vertrek van krachtens art. 60 opgenomen patiënten niet mag dwarsbomen. Voorts zijn bij deze patiënten, aldus art. 61, enkele van de in art. 40 genoemde vrijheidsbeperkingen niet toegestaan (controle van de post op meegezonden voorwerpen, beperking van het bezoek en telefoonbeperkingen). Volgens het Besluit middelen en maatregelen Bopz (Stb. 1993, 563) is in een pg-

verpleeghuis separatie niet toegestaan. Ondanks deze uitzonderingen moet worden vastgesteld dat het merendeel van de bepalingen betreffende de interne rechtspositie van met een RM of IBS opgenomen patiënten wel van toepassing is op patiënten die op gezag van een commissie zijn opgenomen. De laatstgenoemde patiënten mogen bijvoorbeeld worden beperkt in hun bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis, en op deze patiënten mogen middelen en maatregelen alsook dwangbehandeling worden toegepast.

2.4 De uitvoeringsbesluiten voor de psychogeriatric

2.4.1 Inleiding

Toen de Wet Bopz in januari 1994 in werking trad, werden de indicatiecommissies die toentertijd in de ouderenzorg functioneerden, aangewezen als commissies in de zin van art. 60 Wet Bopz. Met deze aanwijzing kregen deze commissies, die tot dan toe alleen tot taak hadden te beoordelen of iemand voor wie dit werd gevraagd, in aanmerking kwam voor een zorg- of financieringsindicatie voor opname in een bejaardenoord/verpleeghuis, er een taak bij: Zij moesten, als het ging om opname in een pg-verpleeghuis, tevens gaan beoordelen of voor zo iemand een noodzaak tot opname in de zin van de Wet Bopz bestond.

Toen de Wet Bopz van kracht werd, waren de indicatiecommissies in de ouderenzorg al langer dan 15 jaar wettelijk geregeld. Aanvankelijk hadden zij geadviseerd over de vraag of een oudere in aanmerking komt voor opname in een bejaardenoord. Later adviseerden zij tevens over de vraag of een oudere in aanmerking komt voor opname in een verpleeghuis.

In paragraaf 2.4 komt het besluit (algemene maatregel van bestuur) dat nadere regels geeft voor de wijze waarop de in art. 60 Wet Bopz bedoelde commissies de Bopz-taak ten aanzien van opname in een pg-verpleeghuis moeten vervullen, aan de orde. Zoals in de inleiding is opgemerkt, gaat het om het besluit dat in het jaar 2000 van kracht was. Dit is het Zorgindicatiebesluit 1997.

Om de inhoud van dit besluit goed te begrijpen, is het nodig terug te gaan naar het eerste besluit omtrent indicatiecommissies voor de ouderenzorg dat dateert van 1976. Het daarop volgende besluit was dat van 1988. Dit besluit werd bij het van kracht worden van de Wet Bopz aangevuld met een aantal regels betreffende de Bopz-taak. Vervolgens is dit besluit herzien in 1996. Bij de herziening in 1997 van het besluit 1996 kwam het Zorgindicatiebesluit tot stand. Buiten beschouwing blijft hier het besluit van 23 mei 2001 (Stb. 2001, 265) waarbij het Zorgindicatiebesluit werd gewijzigd, aangezien het in dit rapport gaat om de in 2000 geldende regels.

2.4.2 Besluit opname in bejaardenoorden 1976

De Wet op de bejaardenoorden 1977 (WBO) bevatte de volgende regeling voor opname in een bejaardenoord: Voor iedere bejaarde die de wens te kennen geeft in zo'n oord te worden opgenomen, moet een gemeentelijke indicatiecommissie een advies afgeven dat een oordeel inhoudt over de opnamebehoefte van de betrokkene. Het Besluit opname in bejaardenoorden (Stb. 1976, 619) bevatte een uitwerking van de door de indicatiecommissies te volgen procedure en te hanteren criteria. De praktijk op basis van het besluit was dat de maatschappelijk werker die lid was van de commissie, de bejaarde bezocht en samen met deze het onderzoeksformulier invulde, en dat de arts die lid was van de commissie, alleen in twijfelgevallen werd ingeschakeld. Onder het regiem van het besluit gebeurde het steeds vaker dat een gemeente tezamen met één of meer andere gemeenten een intergemeentelijke indicatiecommissie oprichtte.

2.4.3 Besluit indicatieadvisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen 1988

In 1988 werd het Besluit opnemning in bejaardenoorden vervangen door het Besluit indicatieadvisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen (Stb. 1988, 456), omdat de gemeentelijke indicatiecommissies tevens werden belast met de indicatiestelling voor verpleeginrichtingen. Daarmee kwam het besluit van 1988 behalve op de WBO ook op de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) te rusten. Ik zal de belangrijkste punten van het besluit 1988 hier vermelden. Dit lijkt mij zinvol, aangezien het besluit bij het van kracht worden van de Wet Bopz op geen enkel punt werd gewijzigd. Het werd slechts aangevuld, welke aanvullingen hieronder aan de orde zullen komen.

Het besluit 1988 noemt deskundigheidseisen waaraan de arts en de maatschappelijk werker die zitting hebben in de commissie, moeten voldoen.

Een verzoek om advies moet schriftelijk bij de commissie worden ingediend, hetzij door de betrokkene zelf, hetzij door zijn gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger. Dat laatste zal voorkomen als de betrokkene zelf niet in staat is het verzoek in te dienen.

Naar aanleiding van een verzoek moet de commissie een onderzoek verrichten. Bij het onderzoek moet de commissie zoveel mogelijk gebruik maken van de gegevens die bij het verzoek zijn gevoegd of waarvan de commissie met toestemming van de betrokkene gebruik mag maken. De toelichting geeft de volgende uitleg. Teneinde de betrokkene zo min mogelijk met het onderzoek te belasten, moet de commissie, als zij voldoende informatie aan de genoemde gegevens kan ontleen, een onderzoek 'aan de persoon' van de betrokkene (dit is een bezoek, PvG) achterwege laten.

Van het onderzoek moet een schriftelijk rapport worden opgemaakt. De commissie moet het advies aan het hand van het rapport opstellen.

Het besluit 1976 bevatte de eis dat de leden van de commissie onafhankelijk zijn. Omdat deze eis te stringent werd geacht, werd in het besluit 1988 de volgende regeling opgenomen voor een onafhankelijke oordeelsvorming. De leden van de commissie die zijn betrokken bij de behandeling van de betrokkene of daarbij in de afgelopen twee jaar betrokken zijn geweest, en de leden die zijn verbonden aan of werkzaam voor de verpleeginrichting of het bejaardenoord waarvoor de betrokkene zijn voorkeur heeft uitgesproken, moeten zich onthouden van deelname aan de stemming.

Het advies van de commissie moet met redenen zijn omkleed. De commissie moet het advies uitbrengen binnen zes weken nadat het verzoek bij haar is binnengekomen. Zij moet het uitbrengen aan de betrokkene.

Als in een spoedeisende situatie betrokkene zonder indicatie is opgenomen, moet zo spoedig mogelijk na opname om een indicatie worden verzocht en zal de commissie haar advies binnen twee weken na ontvangst van het verzoek uitbrengen.

Als het gaat om opnemning in een verpleeghuis en het verzoek aangeeft dat het verblijf niet langer dan drie maanden zal duren, kan de commissie besluiten zonder onderzoek een advies uit te brengen. In het advies geeft de commissie aan dat de betrokkene maximaal drie maanden op verblijf is aangewezen.

Het besluit noemt twee beroepsmogelijkheden:

- Beroep op burgemeester en wethouders (geregeld in de WBO).
- Beroep op de Centrale Raad van Beroep, nadat het advies van de Ziekenfondsraad is ingewonnen (geregeld in de AWBZ).

Alleen de leden van de commissie, de secretaris en de medewerkers van het secretariaat hebben toegang tot de dossiers van de commissie.

2.4.4 Besluit idem, zoals aangevuld door Besluit indicatiebeoordeling zwakzinnigeninrichtingen Bopz 1993

In verband met het inwerkingtreden van de Wet Bopz werd het besluit 1988 op een aantal punten aangevuld. Het aldus aangevulde besluit zal hieronder worden aangeduid als: besluit 1988/1993. De toe te voegen tekstpassages waren opgenomen in het Besluit indicatiebeoordeling zwakzinnigeninrichtingen Bopz (Stb. 1993, 566). Ik laat hier een samenvatting van de aanvullingen die begin 1994 van kracht werden, volgen.

De indicatiecommissies in de ouderenzorg worden, voor zover het gaat om opneming in een pg-verpleeghuis, aangewezen als commissie bedoeld in art. 60 Wet Bopz.

Een indicatiecommissie in de ouderenzorg brengt een advies uit. In het besluit 1988 luidde de begripsomschrijving van 'advies': het advies bedoeld in de WBO onderscheidenlijk in een uitvoeringsbesluit van de AWBZ. In het besluit 1988/1993 is aan deze begripsomschrijving toegevoegd: of het oordeel bedoeld in art. 60 Wet Bopz.

Als bij de commissie een verzoek tot opneming in een pg-verpleeghuis wordt ingediend, moet de commissie, tenzij uit het verzoek blijkt dat betrokkene bereid is tot opneming, de betrokkene onmiddellijk na ontvangst van het verzoek schriftelijk mededelen dat hij bezwaar tegen de opneming kan maken.

Als het om opneming in een pg-verpleeghuis gaat, moet de commissie een onderzoek instellen dat gericht is op beantwoording van de vraag of de geestesstoornis meebrengt dat betrokkene zich niet buiten een verpleeghuis kan handhaven. Het lid van de commissie dat in verband met het onderzoek als eerste contact met de betrokkene heeft, moet de betrokkene, tenzij deze blijkt geeft van bereidheid daartoe, onmiddellijk mondeling mededelen dat hij bezwaar tegen opneming kan maken.

Het rapport van het onderzoek moet, als het gaat om opneming in een pg-verpleeghuis, melding maken van:

- De aard van de geestesstoornis.
- De omstandigheden die meebrengen dat betrokkene zich niet buiten een verpleeghuis kan handhaven.
- De wijze waarop de commissie betrokkene heeft meegedeeld dat hij bezwaar tegen opneming kan maken.
- De reactie van betrokkene op deze mededeling.

In een advies dat strekt tot opneming in een pg-verpleeghuis, moet de commissie aangeven of zij van oordeel is dat de geestesstoornis meebrengt dat betrokkene zich niet buiten een verpleeghuis kan handhaven.

2.4.5 Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging 1996

Aan het einde van 1996 verving staatssecretaris E.G. Terpstra het besluit 1988/1993 door het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging (Stb. 1996, 563). Het laatstgenoemde besluit kwam tot stand in verband met de voorgenomen overheveling van de bejaardenoorden van de WBO naar de AWBZ. Eind 1996 was de situatie als volgt. Per 1 januari 1997 zou de WBO worden ingetrokken, waarmee één van de peilers van het besluit 1988/1993 zou komen te vervallen. Per gelijke datum zouden de gemeentelijke indicatiecommissies een nieuwe wettelijke grondslag krijgen, namelijk in art. 9a van de AWBZ (dat was opgenomen in de Overgangswet verzorgingshuizen). Art. 9a AWBZ draagt burgemeester en wethouders op erin te voorzien dat een onafhankelijk indicatieorgaan werkzaam is dat kosteloos beoordeelt of inwoners in aanmerking komen voor bepaalde vormen van zorg.

Het besluit 1996 beoogde, aldus de staatssecretaris, om een “naadloze overgang” te bewerkstelligen van de onder de WBO geldende regelgeving ten aanzien van de gemeentelijke indicatiecommissies naar de onder de AWBZ geldende voorschriften ten aanzien van de gemeentelijke indicatieorganen. De indicatieorganen moesten de “indicatiestelling nieuwe stijl” (objectief, onafhankelijk en integraal) waarvoor Terpstra met haar beleidsbrief d.d. februari 1996 het startsein had gegeven, gaan vormgeven.

In het besluit 1996 zijn enige termen die voorkwamen in het besluit 1988/1993, veranderd, als volgt:

‘Indicatiecommissie’ is veranderd in: indicatieorgaan.

‘Indicatieadvies’ is veranderd in: indicatiebeoordeling.

‘Verzoek’ is veranderd in: aanvraag.

‘Verzoeker’ is veranderd in: aanvrager.

‘Bezwaar’ (tegen opneming) is veranderd in: bedenkingen.

‘Indicatiebeoordeling’ wordt omschreven als: de beoordeling bedoeld in art. 9a AWBZ, of het oordeel bedoeld in art. 60 Wet Bopz.

Volgens het besluit 1996 kan de aanvraag, zoals in het besluit 1988/1993, door of namens de betrokkene worden ingediend. Uit het feit dat het besluit 1996 spreekt over ondertekening van de aanvraag, kan men afleiden dat deze schriftelijk moet worden ingediend.

Terwijl in het besluit 1988/1993 de Bopz-taak werd behartigd door de indicatiecommissie, wordt deze thans behartigd door het indicatieorgaan. Het indicatieorgaan – dat men zou kunnen zien als de voormalige indicatiecommissie waarop als het ware een bovenbouw is geplaatst – bestaat ten minste uit: een persoon uit de kring van de gemeente(n) die het orgaan heeft (hebben) ingesteld, een persoon uit de kring van de huisartsen, een persoon uit de kring van de zorgverzekeraars en een persoon uit de kring van de patiëntenorganisaties.

De toelichting zegt dat de gemeente of de samenwerkende gemeenten die het indicatieorgaan instelt/instellen, vrij is/zijn in het bepalen van de rechtsvorm van het orgaan. Zij verwacht dat veel gemeenten het orgaan in een aparte rechtsvorm zullen onderbrengen met een bestuur dat bestaat uit de genoemde vertegenwoordigers.

De toelichting zegt dat een indicatieorgaan een bestuursorgaan in de zin van de Algemene wet bestuursrecht is, zodat een aantal bepalingen van deze wet van toepassing is.

Het besluit noemt de volgende taken van het indicatieorgaan:

- Het orgaan stelt één of meer commissies van deskundigen in die tot taak hebben naar aanlei-

- ding van een aanvraag een onderzoek te verrichten en een rapport op te stellen. Van een commissie maken ten minste deel uit een arts en een maatschappelijk werker (die beide aan bepaalde deskundigheidseisen moeten voldoen).
- Het orgaan voorziet de commissies zowel kwalitatief als kwantitatief van voldoende personeel om de opgedragen taak naar behoren te vervullen.
 - Nadat een commissie een rapport heeft opgesteld, vergewist het orgaan zich ervan dat de commissie dit procedureel correct heeft gedaan.
 - Het orgaan stelt aan de hand van het rapport van een commissie de indicatiebeoordeling vast.

Het indicatieorgaan moet, zoals in het besluit 1988/1993, de betrokkene onmiddellijk na ontvangst van de aanvraag schriftelijk meedelen dat hij bedenkingen tegen opname kan inbrengen.

Naar aanleiding van een aanvraag moet een commissie een onderzoek verrichten. Nog steeds geldt dat de commissie, teneinde de betrokkene zo min mogelijk te belasten, zo mogelijk het huisbezoek achterwege moet laten. Het onderzoek moet, nog steeds, zijn gericht op de vraag of de betrokkene zich niet buiten een verpleeghuis kan handhaven. De commissie moet, nog steeds, de betrokkene mondeling meedelen dat hij bedenkingen tegen de opname kan inbrengen.

Van het onderzoek moet, nog steeds, een schriftelijk rapport worden opgemaakt. Als het gaat om opname in een pg-verpleeghuis, moet het rapport in elk geval melding maken van bepaalde onderwerpen, en wel de vier onderwerpen die in het besluit 1988/1993 werden opgesomd.

Nieuw is de bepaling dat een commissie het onderzoek moet verrichten in overeenstemming met door de minister vastgestelde of goedgekeurde protocollen. De toelichting zegt hierover het volgende. Uit de praktijk blijkt dat er grote verschillen bestaan in de wijze waarop de commissies het onderzoek uitvoeren. Meer uniformiteit is gewenst. Bij voorkeur zal de minister een door het veld ontwikkeld protocol goedkeuren. Als het veld niet zelf met een voorstel komt, zal de minister zelf een protocol vaststellen.

Het indicatieorgaan moet de indicatiebeoordeling vaststellen aan de hand van het rapport van de commissie (zoals in het voorafgaande besluit de indicatiecommissie het advies aan de hand van het onderzoeksrapport moest opstellen). De leden van het orgaan die verbindingen hebben met de betrokkene of met de opnemende instelling (voor volledige formulering, zie besluit 1988/1993) mogen niet deelnemen aan de besluitvorming.

Het besluit 1996 bevat niet de bepaling dat de indicatiebeoordeling met redenen moet zijn omkleed. Als men ervan uitgaat dat deze beoordeling een beschikking in de zin van de Algemene wet bestuursrecht is, volgt uit deze wet overigens een motiveringsplicht. Het besluit 1996 bevat wel, nog steeds, de bepaling dat de indicatiebeoordeling, als het gaat om opname in een pg-verpleeghuis, moet aangeven of de betrokkene zich niet buiten een verpleeghuis kan handhaven.

Het indicatieorgaan moet de indicatiebeoordeling, nog steeds, binnen zes weken nadat de aanvraag bij hem is binnengekomen, vaststellen, en de beoordeling zo spoedig mogelijk aan de betrokkene toezenden.

In een situatie waarin onmiddellijke zorgverlening noodzakelijk is, bestaat, nog steeds, de mogelijkheid de betrokkene zonder indicatiebeoordeling op te nemen: De betrokkene wordt gedurende vier weken nadat de zorgverlening is begonnen, geacht in het bezit te zijn van een beoordeling.

Als een kortdurende opname in een pg-verpleeghuis wordt gevraagd, kan het indicatieorgaan, nog steeds, een indicatiebeoordeling vaststellen zonder voorafgaand onderzoek.

De mogelijkheid om bezwaar te maken ziet er anders uit, namelijk als volgt. Als de betrokkene het met de indicatiebeoordeling niet eens is, kan hij binnen 14 dagen nadat de beoordeling hem is toegezonden, schriftelijk bedenkingen tegen de beoordeling bij het indicatieorgaan indienen. Het orgaan moet dan het oordeel van een onafhankelijke instantie of arts vragen en een nieuwe beoordeling vaststellen.

De bepalingen die het besluit 1988/1993 bevatte over de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene, komen in het besluit 1996 niet langer voor. De toelichting zegt dat vergelijkbare bepalingen zijn opgenomen in de Wet persoonsregistraties, die intussen van kracht is geworden.

2.4.6 Zorgindicatiebesluit 1997

Nog geen jaar na de vaststelling van het besluit 1996 verving staatssecretaris Terpstra dit besluit door het Zorgindicatiebesluit (Stb. 1997, 447). Het laatstgenoemde besluit trad per 1 januari 1998 in werking. In de toelichting legt zij uit dat zij het door haar beoogde nieuwe beleid inzake indicatiestelling (objectief, onafhankelijk en integraal) onlangs op twee punten heeft bijgesteld, namelijk op het punt van de protocollering en wat betreft de mogelijkheid van mandatering. Het besluit 1997 dient om het bijgestelde beleid vast te leggen.

Over de reikwijdte van het besluit zegt de toelichting het volgende. Strekten de activiteiten van de indicatieorganen zich bij het van kracht worden van het besluit 1996 uit tot de verzorgings- en verpleeghuizen, in de loop van 1997 zijn deze zich tevens gaan uitstrekken tot de thuiszorg. Daarmee zijn de activiteiten van de organen niet langer beperkt tot de ouderenzorg. De staatssecretaris spreekt de hoop uit dat de gemeenten de organen ook voor onder hun verantwoordelijkheid vallende regelingen zullen laten optreden als indicatiesteller (op het gebied van welzijn, huisvesting en gehandicaptenvoorzieningen).

Twee termen uit het besluit 1996 zijn veranderd:

- 'Aanvrager' is veranderd in: zorgvrager.
- 'Indicatiebeoordeling' is veranderd in: indicatiebesluit.

De laatstgenoemde verandering licht Terpstra toe als volgt. Zij heeft bewust gekozen voor de term 'besluit', omdat uit art. 9b AWBZ (dat overigens spreekt van 'advies') blijkt dat de uitspraak van een indicatieorgaan geenszins vrijblijvend is: De verzekerde kan slechts aanspraak maken op zorg ten laste van de AWBZ, indien uit zo'n uitspraak blijkt dat hij op die zorg is aangewezen. Aangezien aan de uitspraak een rechtsgevolg is verbonden, lijkt het Terpstra beter van besluit dan van advies te spreken. Uit deze opvatting vloeit voort dat tegen het indicatiebesluit bezwaar en beroep mogelijk zijn ingevolge de Algemene wet bestuursrecht (Awb).

Voor haar opvatting dat de uitspraak van het indicatieorgaan een beschikking in de zin van de Awb is, heeft Terpstra later bijval gekregen van Gevers (1998b) en van Van der Most (1999). Haar opvatting is echter verworpen door de Centrale Raad van Beroep (19 december 2000, RZA 2001, 34), die stelt dat de uitspraak van het indicatieorgaan slechts een advies is. Wil men, aldus de raad, opkomen tegen de indicatiestelling, dan kan men bezwaar en beroep aantekenen tegen het (latere) besluit van het zorgkantoor.

Het besluit 1997 omschrijft 'indicatiebesluit' als: "het besluit van een indicatieorgaan waarbij

beoordeeld wordt of en in welke omvang een zorgvrager in aanmerking komt voor een of meer vormen van zorg als bedoeld in artikel 2”.

Het besluit gaat er, nog steeds, vanuit dat een aanvraag, volgens de toelichting schriftelijk, door of namens de betrokkene wordt ingediend.

De samenstelling van het indicatieorgaan is gelijk aan die van het besluit 1996, met dit verschil dat toegevoegd is een persoon uit de kring van de zorgaanbieders. staatssecretaris Terpstra geeft hierop de volgende toelichting. Onder het besluit 1996 heerste de opvatting dat, als in het indicatieorgaan een persoon verbonden aan een zorginstelling zou worden opgenomen, de onafhankelijkheid van het orgaan in gevaar zou komen. Terpstra is van deze opvatting teruggekomen. Thans acht zij het, vanwege de noodzakelijke afstemming, wenselijk dat ook zorginstellingen in het indicatieorgaan zijn vertegenwoordigd.

Het besluit 1997 bepaalt dat elk indicatieorgaan, na overleg met een aantal betrokken partijen in de regio, een of meer protocollen (met daarbij behorende formulieren) moet vaststellen, waarin de door het orgaan te volgen procedure naar aanleiding van een aanvraag voor een indicatiebesluit, waaronder het te verrichten onderzoek, wordt geregeld. In de toelichting op het besluit legt staatssecretaris Terpstra uit dat zij na rijp beraad is afgestapt van het systeem van door de minister vastgestelde of goedgekeurde protocollen. Het Breed Indicatie Overleg (BIO) heeft weliswaar een model voor de sector verpleging en verzorging opgesteld, maar, aldus Terpstra, dit model is helaas nog onvoldoende ontwikkeld om landelijk te worden toegepast.

Een ander punt waarop Terpstra haar beleid heeft gewijzigd, ziet eruit als volgt. Zij heeft er bij nader inzien geen bezwaar tegen dat het indicatieorgaan het nemen van het indicatiebesluit mandateert aan een instelling die de desbetreffende zorg verleent. Deze mandatering acht zij alleen mogelijk bij eenvoudige aanvragen. Bij complexe zorgvragen (waaronder opnemings in een pg-verpleeghuis) mag het orgaan het indicatiebesluit niet mandateren, maar moet het dat besluit zelf nemen. In dit geval moet de aanvraag worden onderzocht door een team van deskundigen. Over de disciplines van de deskundigen zegt het besluit niets. Bij een onderzoek door een team zal, aldus de toelichting, in de regel slechts één teamlid contact met de betrokkene hebben.

Ook het besluit 1997 gaat ervan uit dat het deskundigenteam betrokkene zo min mogelijk met het onderzoek moet belasten en daarom het huisbezoek zo mogelijk achterwege moet laten.

Het besluit 1997 bevat niet de bepaling dat van het onderzoek schriftelijk rapport wordt opgesteld.

Het noemt evenmin de onderwerpen die in elk geval in het rapport aan de orde moeten komen.

Het besluit bevat niet de bepaling dat het indicatieorgaan zich ervan vergewist dat het deskundigenteam het rapport procedureel correct heeft opgesteld.

Het besluit bevat niet de bepaling dat het indicatieorgaan het indicatiebesluit vaststelt aan de hand van het rapport.

Het besluit bevat niet de regeling dat de leden van het indicatieorgaan die verbindingen hebben met de betrokkene of met de opnemende instelling, niet mogen deelnemen aan de besluitvorming.

Het besluit bevat niet de bepaling dat het indicatiebesluit met redenen moet zijn omkleed. Een motiveringsplicht geldt overigens wel op grond van de Algemene wet bestuursrecht. Art. 17 noemt wel vier onderwerpen die in het daar bedoelde indicatiebesluit moeten worden vermeld (zie hieronder).

Het besluit bevat wel de bepaling dat het indicatieorgaan het indicatiebesluit binnen zes weken nadat de aanvraag is ingediend, moet vaststellen.

Het besluit bevat niet de bepaling dat het indicatieorgaan het besluit zo spoedig mogelijk aan de betrokkene moet toezenden.

In een situatie waarin onmiddellijke zorgverlening noodzakelijk is, bestaat, nog steeds, de mogelijkheid de betrokkene zonder indicatiebesluit op te nemen: De zorgverzekeraar kan besluiten dat betrokkene zijn aanspraak op zorg maximaal twee weken tot gelding kan brengen, zonder dat hij beschikt over een indicatiebesluit.

Het besluit bevat een regeling voor de situatie waarin spoedige zorgverlening noodzakelijk is (die hier niet uiteengezet wordt) en geen regeling voor de situatie dat een opname voor korte duur wordt gevraagd.

Art. 17 van het besluit bevat "bijzondere bepalingen met betrekking tot opnemings- en verder verblijf in een psychogeriatrische verpleeginrichting". Het eerste lid van art. 17 bepaalt dat, voordat het indicatieorgaan een indicatiebesluit neemt waaruit blijkt dat opname in een pg-verpleeghuis noodzakelijk wordt geoordeeld, de betrokkene schriftelijk en mondeling wordt meegedeeld dat hij bedenkingen tegen de opname kan inbrengen. Het tweede lid bepaalt dat een indicatiebesluit als bedoeld in het eerste lid melding moet maken van:

- De aard van de geestesstoornis.
- De omstandigheden die meebrengen dat de betrokkene zich als gevolg van die stoornis niet buiten een pg-verpleeghuis kan handhaven.
- De wijze waarop aan betrokkene is meegedeeld dat hij bedenkingen tegen de opname kan inbrengen.
- De reactie van de betrokkene op deze mededeling.

2.4.7 Commentaar

Als men kijkt naar de begripsomschrijvingen die het besluit 1988/1993, het besluit 1996 en het besluit 1997 van 'advies', 'indicatiebeoordeling' en 'indicatiebesluit' geven, krijgt men de indruk dat de beide eerstgenoemde besluiten nog een onderscheid maken tussen de zorg- of financieringsindicatie enerzijds en het Bopz-oordeel anderzijds en dat het laatstgenoemde besluit dit onderscheid niet meer maakt. Het besluit 1988/1993 en het besluit 1996 omschrijven het advies resp. de indicatiebeoordeling immers, kort samengevat, als: de zorgindicatie of het oordeel ex art. 60 Wet Bopz (cursivering van mij, PvG). Het besluit 1997 omschrijft het indicatiebesluit, kort samengevat, als: de zorgindicatie.

Als men de tekst van de besluiten zorgvuldiger bekijkt, moet men echter vaststellen dat de twee eerstgenoemde besluiten er al vanuit gaan dat de indicatiecommissie / het indicatieorgaan één advies/indicatiebeoordeling uitbrengt, dat zowel een zorgindicatie inhoudt als een Bopz-oordeel. Dat deze constructie al in het besluit 1988/1993 was vervat, kan men afleiden uit art. 14 lid 2 van dit besluit: "In een advies dat strekt tot opnemings- en verder verblijf in een psychogeriatrische verpleeginrichting wordt (...) aangegeven of de commissie van oordeel is dat de stoornis van zijn geestvermogens meebrengt dat verzoeker zich niet buiten een zodanige inrichting kan handhaven". In dit citaat wordt het Bopz-oordeel voorgesteld als ware het een 'aanhangwagen' van de zorgindicatie.

De constructie van één advies, inhoudende zowel een zorgindicatie als een Bopz-oordeel, is naar mijn mening verwarrend. In werkelijkheid is er sprake van twee onderscheiden beoordelingen, namelijk een beoordeling in het kader van de AWBZ die betrekking heeft op de vraag of de betrokkene wat betreft de kosten in aanmerking komt voor de zorg die een pg-verpleeghuis biedt, en een beoordeling in het kader van de Wet Bopz die betrekking heeft op de vraag of de betrokkene niet meer in staat is zich buiten een pg-verpleeghuis te handhaven. Het ware helderder geweest als de besluiten hadden gekozen voor de constructie dat elke van deze beide beoordelingen met een eigen advies wordt afgesloten, zodat elk van deze adviezen op zijn eigen merites kan worden beoordeeld en eventueel bestreden.

Dat de drie hier aan de orde zijnde besluiten geen scherp onderscheid maken tussen de financieringsindicatie en het Bopz-oordeel, brengt mee dat niet altijd zonder meer duidelijk is of een bepaling zowel voor de financieringsindicatie als voor het Bopz-oordeel geldt danwel slechts voor één van beide. Hier volgen enkele voorbeelden van zulke bepalingen.

Alle drie de besluiten staan de indicatiecommissie / het indicatieorgaan toe, als er voldoende schriftelijke gegevens voorhanden zijn of verkregen kunnen worden, een bezoek aan de betrokkene achterwege te laten. Deze mogelijkheid kan naar mijn mening geen betrekking hebben op het Bopz-oordeel. Dit zou in strijd zijn met art. 60 Wet Bopz, zoals dit hierboven is uitgelegd.

Alle drie de besluiten kennen de mogelijkheid in een spoedeisende situatie of in een situatie waarin onmiddellijke zorgverlening noodzakelijk is, betrokkene zonder advies/beoordeling/ besluit op te nemen. Ook voor deze mogelijkheid geldt mijns inziens dat deze geen betrekking kan hebben op het Bopz-oordeel. Het zou in strijd zijn met de Wet Bopz een persoon die geen bereidheid en geen verzet ten aanzien van opname aan de dag legt, zonder Bopz-oordeel in een pg-verpleeghuis op te nemen. Aldus ook Dijkers (Handboek opname en verblijf).

Het besluit 1988/1993 en het besluit 1996 staan de indicatiecommissie / het indicatieorgaan toe, als wordt gevraagd om een kortdurende opname in een pg-verpleeghuis, zonder voorafgaand onderzoek een advies/beoordeling uit te brengen. Deze mogelijkheid kan mijns inziens alleen de financieringsindicatie betreffen. Zij kan niet bestaan ten aanzien van het Bopz-oordeel. Dit zou in strijd zijn met art. 60 Wet Bopz.

Het besluit 1997 gaat ervan uit dat de uitspraak die het indicatieorgaan doet, een beschikking in de zin van de Awb is, waartegen men bezwaar en beroep kan aantekenen. In deze zin ook Gevers (1998b) en Van der Most (1999). Sinds de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van eind 2000 moet men aannemen dat dit niet meer zo is. Naar mijn mening betreffen deze opvattingen overigens de zorgindicatie en niet het Bopz-oordeel. Met Dijkers (Handboek opname en verblijf) ben ik van mening dat, ook na de uitspraak van de raad, het Bopz-oordeel een beschikking in de zin van de Awb is, waartegen bezwaar en beroep openstaan.

Zowel het besluit 1988/1993 als het besluit 1996 bevatte de regeling dat de leden van de indicatiecommissie respectievelijk het indicatieorgaan die verbanden hebben met de betrokkene of met de opnemende instelling, niet mogen deelnemen aan de besluitvorming. Deze regeling komt niet meer voor in het besluit 1997. De regeling moet mijns inziens worden gezien als een concretisering van het voorschrift van art. 60 lid 3 Wet Bopz dat de commissie niet aan de verpleeginrichting gebonden mag zijn. Op grond van dit wettelijk voorschrift ga ik ervan uit dat de leden van het deskundigenteam (waarin feitelijk de afweging wordt gemaakt) niet mogen deelnemen aan de besluitvorming, voor zover zij verbanden hebben met de betrokkene of

met de opnemende instelling.

Als men de drie besluiten achter elkaar leest, valt het op dat het besluit 1996 een aantal termen uit het besluit 1988/1993 door nieuwe termen vervangt en dat het besluit 1997 weer enkele termen uit het besluit 1996 vervangt. Het is niet altijd duidelijk waartoe deze veranderingen dienen. Waarom het besluit 1996 de wettelijke term 'verzet' vervangt door 'bedenkingen', is helemaal een raadsel. Hoe dit ook zij, al deze veranderingen van terminologie kunnen verwarrend werken voor degenen die met deze materie bezig zijn.

Een ander punt dat een grillige indruk maakt, is het volgende. In nog geen jaar tijd maakt staatssecretaris Terpstra een draai van 180 graden wat betreft de wijze waarop de werkwijze van de indicatieorganen moet worden geregeld. Acht zij het in het besluit 1996, gezien de grote verschillen in het veld, noodzakelijk voor deze werkwijze een uniforme regeling te treffen, in het besluit 1997 laat zij de regeling van de werkwijze grotendeels over aan de indicatieorganen zelf. Gevers (1998b) heeft erop gewezen dat het laatstgenoemde systeem het risico meebrengt dat er vergaande verschillen ontstaan tussen de protocollen van de verschillende organen. Hij acht dit uit een oogpunt van gelijkheid van aanspraken niet goed te verdedigen. Ik onderschrijf de opvatting van Gevers. Daaraan zou ik nog willen toevoegen dat het erop lijkt alsof het besluit 1997 aan de regeling van de zorgindicatie zo veel gewicht toekent dat het de regeling van de Bopz-taak naar de marge dringt.

Het besluit 1997 laat het regelen van de procedure die het indicatieorgaan moet volgen bij het onderzoek en bij de besluitvorming, grotendeels over aan de indicatieorganen zelf door deze te verplichten één of meer protocollen vast te stellen waarin de werkwijze is geregeld. Dit plotse-ling door staatssecretaris Terpstra ingevoerde systeem is er debet aan dat diverse bepalingen betreffende de werkwijze van het orgaan die in de twee voorafgaande besluiten waren te vinden, in het besluit 1997 niet meer voorkomen.

Deze bepalingen zijn:

- Het team van deskundigen bestaat minimaal uit een arts en een maatschappelijk werker.
- Het tijdstip waarop het indicatieorgaan de betrokkene schriftelijk moet meedelen dat hij zich tegen opneming kan verzetten, is: onmiddellijk na ontvangst van de aanvraag.
- Het tijdstip waarop het lid van het deskundigenteam dat contact met de betrokkene heeft, de betrokkene mondeling moet meedelen dat hij zich tegen opneming kan verzetten, is: bij het eerste contact onmiddellijk.
- Het door een deskundigenteam verrichte onderzoek wordt afgesloten met een schriftelijk rapport.
- In het rapport moeten in elk geval de volgende onderwerpen aan de orde komen:
 - . De aard van de geestesstoornis.
 - . De omstandigheden die meebrengen dat betrokkene zich als gevolg van de geestesstoornis niet buiten een verpleeghuis kan handhaven.
 - . De wijze waarop de betrokkene is meegedeeld dat hij zich tegen opneming kan verzetten.
 - . De reactie van betrokkene op deze mededeling.
- Het indicatieorgaan moet het indicatiebesluit vaststellen aan de hand van het rapport.
- Nadat het orgaan het besluit heeft vastgesteld, zendt het dit besluit zo spoedig mogelijk aan de betrokkene toe.

Men kan zich afvragen hoe het door Terpstra ingevoerde systeem (elk indicatieorgaan moet zijn werkwijze zelf bij protocol regelen) zich verhoudt tot het voorschrift van art. 60 lid 2 Wet Bopz: "Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld betreffende de behandeling van een aanvraag voor opneming en verblijf in een (...) verpleeginrichting". Hoe dit

ook zij, ik kan niet inzien dat de zojuist vermelde bepalingen die voorkwamen in het besluit 1988/1993 en in het besluit 1996, niet meer zouden gelden. Terpstra rept er namelijk met geen woord over dat ze zijn vervallen of ingetrokken. Als zij van mening was geweest dat deze bepalingen voortaan niet meer zouden moeten gelden, had zij dit in de toelichting op het besluit 1997 moeten motiveren.

Alles overziende moet ik vaststellen dat het mij enkele weken heeft gekost om uit te zoeken hoe de opneming in pg-verpleeghuizen precies is geregeld. Als het een jurist al zo veel tijd kost om de kluwen van elkaar opvolgende besluiten (die in de laatste jaren overruled lijken te worden door de landelijke voorbeeldprotocollen – die in het volgende hoofdstuk aan de orde zullen komen) te ontwarren, moet het voor de mensen in het veld wel bijna onmogelijk zijn erachter te komen hoe de zaak is geregeld.

2.5 Het juridisch kader voor de psychogeriatric

In deze paragraaf zal ik het juridisch kader beschrijven waaraan het functioneren van de RIO's wat betreft het uitvoeren van de Bopz-taak anno 2000 moet worden getoetst. Ik zal dit kader opbouwen aan de hand van art. 60 Wet Bopz, zoals dat hierboven is beschreven en toegelicht (paragraaf 2.3), en het Zorgindicatiebesluit 1997, zoals dat moet worden begrepen in het licht van de daaraan voorafgaande besluiten (paragraaf 2.4).

Het indicatieorgaan moet ten minste bestaan uit: een persoon uit de kring van de gemeente(n) die het orgaan heeft (hebben) ingesteld, een persoon uit de kring van de patiëntenorganisaties, een persoon uit de kring van de huisartsen, een persoon uit de kring van de zorgverzekeraars en een persoon uit de kring van de zorgaanbieders.

Het indicatieorgaan moet, na overleg met een aantal in het werkgebied werkzame organisaties, een of meer protocollen vaststellen, waarin de door het orgaan te volgen procedure, waaronder het te verrichten onderzoek, wordt geregeld.

De procedure die gericht is op het verkrijgen van een Bopz-oordeel voor opneming in een pg-verpleeghuis, begint met een schriftelijke aanvraag, die door of namens de betrokkene bij het indicatieorgaan wordt ingediend.

Naar aanleiding van een bij hem binnengekomen aanvraag moet het indicatieorgaan onderzoeken of de betrokkene hetzij blijkt geeft van de nodige bereidheid tot opneming, hetzij zich verzet tegen opneming, hetzij ten aanzien van opneming geen bereidheid en geen verzet toont. Het is mogelijk dat het onderzoek onmiddellijk tot een conclusie leidt, maar ook dat een conclusie pas kan worden bereikt nadat het orgaan de betrokkene schriftelijk en/of mondeling heeft meegedeeld dat hij zich tegen opneming kan verzetten. Als het orgaan tot de conclusie komt dat de betrokkene bereid is tot opneming, is daarmee de Bopz-taak van het orgaan beëindigd en kan de betrokkene vrijwillig worden opgenomen. Als het orgaan tot de conclusie komt dat betrokkene zich tegen opneming verzet, is daarmee de Bopz-taak van het orgaan beëindigd en moet de rechter over opname van de betrokkene oordelen. Als het orgaan tot de conclusie komt dat de betrokkene ten aanzien van opneming geen bereidheid en geen verzet toont, moet het nog een aantal andere activiteiten verrichten die hieronder worden beschreven.

De nodige bereidheid tot opneming mag het indicatieorgaan slechts aannemen, indien de betrokkene begrijpt wat een opname betekent en daarmee bewust instemt (informed consent).

Het indicatieorgaan moet uiterst scherp in de gaten houden of het gedrag van de betrokkene wijst in de richting van verzet tegen opname en, zodra daarvan maar iets blijkt, aannemen dat er sprake is van verzet. Ook als het gaat om een persoon die zijn wil ten aanzien van opname niet kan bepalen, moet een uiting van verzet worden gerespecteerd.

Het indicatieorgaan moet de betrokkene onmiddellijk na ontvangst van de aanvraag schriftelijk meedelen dat hij zich tegen opname kan verzetten, tenzij uit de aanvraag blijkt dat betrokkene bereid is tot opname.

Naar aanleiding van elke aanvraag tot opname in een pg-verpleeghuis moet een door het orgaan ingesteld team van deskundigen een onderzoek instellen. Het team bestaat minimaal uit een arts en een maatschappelijk werker. Het onderzoek moet gericht zijn op de vraag of de betrokkene geestelijk gestoord is en of de geestesstoornis meebrengt dat hij zich niet buiten een verpleeghuis kan handhaven. Het onderzoek wordt in de regel uitgevoerd door één van de deskundigen van het team. Het onderzoek vindt plaats tijdens een bezoek dat de onderzoeker aan de betrokkene brengt.

Bij het eerste contact dat de deskundige met de betrokkene heeft, moet hij de betrokkene onmiddellijk mondeling meedelen dat hij zich tegen opname kan verzetten.

De deskundige die het onderzoek uitvoert, moet zijn bevindingen neerleggen in een schriftelijk rapport, waarin de volgende onderwerpen aan de orde moeten komen:

- De aard van de geestesstoornis.
- De omstandigheden die meebrengen dat betrokkene zich als gevolg van de geestesstoornis niet buiten een verpleeghuis kan handhaven.
- De wijze waarop aan de betrokkene is meegedeeld dat hij zich tegen opname kan verzetten.
- De reactie van de betrokkene op deze mededeling.

De deskundige die het onderzoek heeft uitgevoerd, moet het onderzoeksrapport voorleggen aan het team van deskundigen. Het team moet het rapport vaststellen. De leden van het team die zijn betrokken bij de behandeling van de betrokkene of daarbij in de afgelopen twee jaar betrokken zijn geweest, en de leden die zijn verbonden aan of werkzaam voor het verpleeghuis waarvoor de betrokkene zijn voorkeur heeft uitgesproken, mogen niet deelnemen aan de besluitvorming. Nadat het indicatieorgaan het onderzoeksrapport van het deskundigenteam heeft ontvangen, stelt het aan de hand van het rapport een Bopz-oordeel vast. Dit oordeel moet melding maken van de zojuist genoemde vier onderwerpen.

Het indicatieorgaan moet een gemotiveerd Bopz-oordeel vaststellen binnen zes weken nadat de aanvraag is ingediend. Het moet het oordeel na vaststelling zo spoedig mogelijk aan de betrokkene toezenden. Het orgaan moet er tevens voor zorgen dat het oordeel in het bezit komt van het verpleeghuis waarvoor de betrokkene zijn voorkeur heeft uitgesproken. Dit laatste is nodig, omdat een pg-verpleeghuis een patiënt die geen bereidheid en geen verzet ten aanzien van opname toont, slechts mag opnemen als het in het bezit is van een voor deze patiënt afgegeven Bopz-oordeel.

Op grond van de Algemene wet bestuursrecht is iedere belanghebbende bevoegd bezwaar en beroep aan te tekenen tegen een Bopz-oordeel dat hem niet bevalt, dat wil zeggen het indicatieorgaan te verzoeken het oordeel in heroverweging te nemen en, als de belanghebbende dan nog niet tevreden is, tegen het oordeel in beroep te gaan bij de administratieve kamer van de rechtbank.

Uit de privacywetgeving vloeit voort dat het indicatieorgaan onderzoeksrapporten en andere stukken die persoonlijke gegevens van aanvragers bevatten, zodanig moet bewaren dat alleen de leden van het orgaan, de deskundigen die het onderzoek verrichten, en medewerkers van het secretariaat daartoe toegang hebben.

2.6 Het uitvoeringsbesluit voor de verstandelijk gehandicaptenzorg

2.6.1 Inleiding

In paragraaf 2.6 geef ik een samenvatting van en een commentaar op het besluit dat nadere regels geeft voor de wijze waarop de in art. 60 Wet Bopz bedoelde commissies de Bopz-taak ten aanzien van opneming in een inrichting voor verstandelijk gehandicapten moeten vervullen. De beschrijving van deze nadere regels kan aanzienlijk korter zijn dan die voor de psychogeriatric hierboven was, aangezien het voor de verstandelijk gehandicaptenzorg in 1993 totstandgekomen besluit (dat begin 1994 gelijktijdig met de Wet Bopz in werking trad) in het jaar 2000 nog ongewijzigd van kracht was. Het besluit van 23 mei 2001 (Stb. 2001, 265) waarbij het besluit 1993 werd ingetrokken, blijft hier buiten beschouwing, aangezien het in dit rapport gaat om de in 2000 geldende regels.

Het besluit 1993 wees de indicatiecommissies die begin 1994 in de zwakzinnigenzorg functioneerden, aan als commissie in de zin van art. 60 Wet Bopz. Daarmee kregen deze commissies die toen zorgden voor de indicatieadviesing ten behoeve van opneming in een zwakzinnigeninrichting, er als taak bij te beoordelen of voor de betrokkene een noodzaak tot opneming in de zin van de Wet Bopz bestaat. Toen de Wet Bopz in werking trad, waren deze commissies nog maar in opkomst. Ze waren enige tijd tevoren opgericht of verkeerden nog in een stadium van oprichting. Ze waren niet wettelijk geregeld.

2.6.2 Besluit indicatiebeoordeling zwakzinnigeninrichtingen Bopz 1993

Bij de totstandkoming van het Besluit indicatiebeoordeling zwakzinnigeninrichtingen Bopz (Stb. 1993, 556) nam staatssecretaris Simons een standpunt in dat vermelding verdient. Begin 1993 legde Simons een ontwerp van het besluit (Stcrt d.d. 16 maart 1993) voor commentaar voor aan de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. In zijn commentaar pleitte de raad ervoor in de indicatiecommissies (die bestonden uit enkele hulpverleners van verschillende disciplines), in verband met het moeten gaan vervullen van de Bopz-taak, een jurist op te nemen. In de toelichting op het besluit (Stb. 1993, 566) reageert Simons op dit pleidooi. Hij heeft besloten de samenstelling van de commissies niet te wijzigen. Naar zijn mening zijn de bestaande commissies al voldoende toegerust om een zorgvuldige opnemingsprocedure te waarborgen. Hij wijst erop dat de nadruk ligt op een inhoudelijke beoordeling van de noodzaak tot opneming. Hij sluit zijn beschouwing af met de stelling: "Juridificering van deze beoordeling acht ik niet nodig en zelfs ongewenst". De geneeskundige inspectie voor de geestelijke volksgezondheid moet er, aldus nog steeds Simons, op toezien dat patiënten die geen bereidheid en geen bezwaar ten aanzien van opneming tonen, slechts worden opgenomen met een Bopz-oordeel. Tevens moet de inspectie in de gaten houden of indicatiecommissies terecht concluderen dat patiënten geen bezwaar tonen tegen opneming.

De regels die het besluit 1993 voor de zwakzinnigenzorg geeft, vat ik hier samen.

Elke indicatiecommissie in de zwakzinnigenzorg moet haar samenstelling en werkwijze bij reglement regelen. Wat de samenstelling betreft, bepaalt het besluit dat in een commissie in elk geval zitting moeten hebben een arts, een maatschappelijk werker en een orthopedagoog of psycholoog. Wat de werkwijze betreft, zal ik hieronder een aantal in het besluit vermelde

desiderata vermelden.

De procedure begint met het indienen bij de indicatiecommissie van een schriftelijk verzoek om een oordeel. Het verzoek wordt namens de betrokkene door een derde ingediend. Dit laatste is, aldus de toelichting, logisch aangezien het gaat om een persoon die noch blijk geeft van bereidheid tot opneming, noch van bezwaar daartegen.

De commissie moet de betrokkene, meteen na ontvangst van het verzoek, schriftelijk meedelen dat hij bezwaar kan maken tegen opneming in een zwakzinnigeninrichting.

Als volgende stap in de procedure moet één van de leden van de commissie (en wel het commissielid "dat daarvoor gezien zijn deskundigheid het meest in aanmerking komt") een onderzoek verrichten. Het onderzoek moet zijn gericht op beantwoording van de vraag of de stoornis van de geestvermogens meebrengt dat betrokkene zich niet buiten een zwakzinnigeninrichting kan handhaven. Het commissielid dat het onderzoek verricht, moet de betrokkene bij het eerste contact mondeling meedelen dat hij bezwaar kan maken tegen opname. Uit de woorden "bij het eerste contact" kan men naar mijn mening afleiden dat het onderzoek wordt uitgevoerd tijdens een bezoek dat de onderzoeker aan de betrokkene brengt (thuis of elders).

Het onderzoek dient uit te monden in een schriftelijk rapport. In het rapport moeten de volgende onderwerpen aan de orde komen:

- De aard van de geestesstoornis.
- De omstandigheden die meebrengen dat betrokkene zich vanwege de geestesstoornis niet buiten de inrichting kan handhaven.
- De wijze waarop de commissie betrokkene heeft meegedeeld dat hij bezwaar tegen opneming kan maken.
- De reactie van betrokkene op deze mededeling.

De onderzoeker moet het onderzoeksrapport vervolgens voorleggen aan de voltallige commissie. De commissie moet zich op basis van het rapport een oordeel vormen over de vraag of opname noodzakelijk is. De multidisciplinaire samenstelling van de commissie waarborgt, aldus de toelichting, dat de oordeelsvorming geschiedt vanuit diverse invalshoeken. Als de commissie geen consensus kan bereiken, beslist zij bij meerderheid van stemmen. Teneinde de onafhankelijkheid van de oordeelsvorming te waarborgen, moeten de commissieleden die betrokken zijn bij de behandeling van of hulp aan de betrokkene of daarbij de afgelopen twee jaar betrokken zijn geweest, zich onthouden van deelname aan de stemming.

De indicatiecommissie moet het oordeel met redenen omkleden. Zij moet het oordeel vaststellen binnen zes weken nadat het verzoek bij haar is ingediend, en het dan meedelen zowel aan de betrokkene als aan degene die het verzoek heeft ingediend.

Elke belanghebbende die het niet eens is met een oordeel van de commissie, is bevoegd aan een andere commissie een hernieuwd oordeel te vragen. De toelichting wijst erop dat deze bevoegdheid in de praktijk waarschijnlijk alleen van belang zal zijn als de commissie oordeelt dat opneming niet noodzakelijk is, terwijl de familie vindt van wel.

Het besluit bevat enkele bepalingen ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene, waaronder de bepaling dat alleen leden van de commissie en medewerkers van het secretariaat toegang hebben tot de dossiers van de commissie.

2.6.3 Commentaar

De nadere regeling van art. 60 Wet Bopz die bij algemene maatregel van bestuur is getroffen, is voor de verstandelijk gehandicaptenzorg veel helderder uitgevallen dan voor de ouderenzorg. Dat komt doordat het besluit 1993 uitsluitend uitvoering geeft aan art. 60 Wet Bopz en niet tevens beoogt de financieringsindicatie te regelen. Bovendien is het besluit 1993, voor zover het betrekking heeft op de zwakzinnigenzorg, tot op heden niet herzien.

Hierboven is opgemerkt dat de indicatiecommissies in de zwakzinnigenzorg begin 1994 nog maar in opkomst waren. Nog niet alle regio's beschikten over een soepel functionerende commissie. Sommige commissies waren verbonden aan een sociaal pedagogische dienst, andere aan een regionaal of provinciaal samenwerkingsverband (Van Wettum c.s. 1994). Welke organisatie in een regio verantwoordelijk was voor het oprichten en instandhouden van een indicatiecommissie, was onduidelijk. Er was geen landelijke - laat staan wettelijke - regeling waaraan de commissies moesten voldoen. De wijze waarop de commissies de indicatiestelling verrichtten, liep zodanig uiteen, dat men zich kon afvragen of er voor de cliënten in verschillende regio's rechtsgelijkheid bestond (Kramer en Barnhard 1993). Gezien de onduidelijke status en het nog prille ontwikkelingsstadium van de commissies, is het naar mijn mening een weinig gelukkige beslissing van de wetgever geweest deze commissies met de Bopz-taak te belasten.

2.7 Het juridisch kader voor de verstandelijk gehandicaptenzorg

In deze paragraaf wordt het juridisch kader beschreven waaraan het functioneren van de indicatiecommissies voor de verstandelijk gehandicaptenzorg wat betreft het uitvoeren van de Bopz-taak anno 2000 moet worden getoetst. Dit kader is opgebouwd uit de elementen die art. 60 Wet Bopz en het Besluit indicatiebeoordeling zwakzinnigeninrichtingen Bopz 1993 bevatten.

De indicatiecommissie moet in elk geval bestaan uit een arts, een maatschappelijk werker en een orthopedagoog of psycholoog.

De commissie moet, in aanvulling op de regels die de Wet Bopz en het besluit 1993 geven, haar samenstelling en werkwijze bij reglement nader vastleggen.

De procedure die gericht is op het verkrijgen van een Bopz-oordeel voor opneming in een instelling voor verstandelijk gehandicapten, begint met een schriftelijk verzoek dat namens de betrokkene bij de commissie wordt ingediend.

Naar aanleiding van een bij haar binnengekomen verzoek moet de indicatiecommissie onderzoeken of de betrokkene hetzij blijf geeft van de nodige bereidheid tot opneming, hetzij zich verzet tegen opneming, hetzij ten aanzien van opneming geen bereidheid en geen verzet toont. Het is mogelijk dat het onderzoek onmiddellijk tot een conclusie leidt, maar ook dat een conclusie pas kan worden bereikt nadat de commissie de betrokkene schriftelijk en/of mondeling heeft meegedeeld dat hij zich tegen opneming kan verzetten. Als de commissie tot de conclusie komt dat de betrokkene bereid is tot opneming, is daarmee haar Bopz-taak beëindigd en kan de betrokkene vrijwillig worden opgenomen. Als de commissie tot de conclusie komt dat betrokkene zich tegen opneming verzet, is daarmee haar Bopz-taak beëindigd en moet de rechter over opname van de betrokkene oordelen. Als de commissie tot de conclusie komt dat de betrokkene ten aanzien van opneming geen bereidheid en geen verzet toont, moet zij nog een aantal andere activiteiten verrichten die hieronder worden beschreven.

De nodige bereidheid tot opneming mag de commissie slechts aannemen, indien de betrokkene begrijpt wat een opname betekent en daarmee bewust instemt (informed consent).

De commissie moet uiterst scherp in de gaten houden of het gedrag van de betrokkene wijst in de richting van verzet tegen opname en, zodra daarvan maar iets blijkt, aannemen dat er sprake is van verzet. Ook als het gaat om een persoon die zijn wil ten aanzien van opneming niet kan bepalen, moet een uiting van verzet worden gerespecteerd.

De commissie moet de betrokkene onmiddellijk na ontvangst van het verzoek schriftelijk meedelen dat hij zich tegen opneming kan verzetten, tenzij uit het verzoek blijkt dat betrokkene bereid is tot opneming.

Naar aanleiding van elk verzoek tot opneming in een instelling voor verstandelijk gehandicapten moet de commissie een onderzoek instellen. Het onderzoek moet gericht zijn op de vraag of de betrokkene geestelijk gestoord is en of de geestesstoornis meebrengt dat hij zich niet buiten een instituut voor verstandelijk gehandicapten kan handhaven. Het onderzoek moet worden uitgevoerd door één van de leden van de commissie. Het onderzoek vindt plaats tijdens een bezoek dat de onderzoeker aan de betrokkene brengt.

Bij het eerste contact dat de onderzoeker met de betrokkene heeft, moet hij de betrokkene mondeling meedelen dat hij zich tegen opneming kan verzetten.

De onderzoeker moet zijn bevindingen neerleggen in een schriftelijk rapport, waarin de volgende onderwerpen aan de orde moeten komen:

- De aard van de geestesstoornis.
- De omstandigheden die meebrengen dat betrokkene zich als gevolg van de geestesstoornis niet buiten een instelling voor verstandelijk gehandicapten kan handhaven.
- De wijze waarop aan de betrokkene is meegedeeld dat hij zich tegen opneming kan verzetten.
- De reactie van de betrokkene op deze mededeling.

De onderzoeker moet het rapport voorleggen aan de voltallige commissie. De commissie moet aan de hand van het rapport haar oordeel vaststellen. Het oordeel moet met redenen zijn omkleed. De leden van de commissie die betrokken zijn bij de behandeling van of hulp aan de betrokkene of daarbij in de afgelopen twee jaar betrokken zijn geweest, mogen niet deelnemen aan de besluitvorming.

De commissie moet een gemotiveerd Bopz-oordeel vaststellen binnen zes weken nadat het verzoek is ingediend en het dan meedelen aan de betrokkene en aan degene die het verzoek heeft ingediend. De commissie moet er tevens voor zorgen dat het oordeel in het bezit komt van de inrichting voor verstandelijk gehandicapten waarvoor de betrokkene zijn voorkeur heeft uitgesproken. Dit is nodig, omdat zo'n inrichting een patiënt die geen bereidheid en geen verzet ten aanzien van opneming toont, slechts mag opnemen als zij in het bezit is van een voor deze patiënt afgegeven Bopz-oordeel.

Elke belanghebbende die het niet eens is met een oordeel van de commissie, is bevoegd aan een andere commissie een hernieuwd oordeel te vragen. Op grond van de Algemene wet bestuursrecht is elke belanghebbende tevens bevoegd bezwaar en beroep aan te tekenen tegen een commissieoordeel dat hem niet bevalt.

De commissie moet stukken die persoonlijke gegevens bevatten van degenen voor wie opneming is verzocht, zodanig bewaren dat alleen de leden van de commissie en de medewerkers van het secretariaat daartoe toegang hebben.

3

De landelijke voorbeeldprotocollen

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geef ik een samenvatting van, gevolgd door een commentaar op, de landelijke protocollen die in de loop der jaren zijn uitgegeven om als voorbeeld te dienen voor de indicatiecommissies bij het opstellen van een eigen protocol. Ik ga daarbij, opnieuw, in de tijd terug tot aan het van kracht worden van de Wet Bopz, omdat de recente protocollen beter kunnen worden begrepen in het licht van hun voorgangers. Ik bespreek de protocollen in de volgorde waarin zij zijn verschenen, die voor de psychogeriatric en die voor de verstandelijk gehandicaptenzorg door elkaar.

De voorbeeldprotocollen behoren niet tot de regelgeving waaraan het handelen van de indicatiecommissies moet worden getoetst, aangezien zij niet bindend zijn voor alle commissies. Ze zijn niettemin voor ons onderwerp van belang omdat een aantal commissies zich eraan heeft gebonden en omdat ze weerspiegelen hoe de landelijke koepelorganisaties e.d. over deze materie denken.

Als een indicatiecommissie een landelijk modelprotocol, eventueel met eigen toevoegingen of wijzigingen, overneemt, kan het voor de commissie de wettelijk voorgeschreven procedure en criteria verhelderen of uitwerken. Voor zover het modelprotocol in strijd is met of een twijfelachtige interpretatie geeft van de wet of een uitvoeringsbesluit, werkt het echter averechts en verwarrend.

3.2 Het VNG-protocol 1993

In december 1993 stuurde de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) aan alle gemeenten een Protocol indicatieadvies Bopz toe, als handreiking aan de indicatiecommissies voor de ouderenzorg om tot een werkbare uitvoering van de Wet Bopz te komen. Alvorens het protocol vast te stellen, had de VNG het voorgelegd aan het ministerie van WVC en aan de geneeskundige hoofdinspectie voor de geestelijke volksgezondheid. Het kostte mij in het najaar 2000 vele weken om de tekst van het VNG-protocol te bemachtigen. Het VNG-bureau bleek een helpdesk te hebben die de bereikbaarheid van de functionaris die ik nodig had, eerder belemmerde dan bevorderde. Hieronder geef ik een samenvatting van de meest opvallende punten van het protocol.

Als de betrokkene bereid is tot opname, hoeft de Bopz-procedure niet te worden gevolgd. Het is dus zaak in een zo vroeg mogelijk stadium vast te stellen hoe het met de bereidheid zit. Als

de aanvraag door de betrokkene zelf is ondertekend, kan de indicatiecommissie ervan uitgaan dat hij bereid is tot opnemning.

Er is alleen sprake van bezwaar:

- Als de betrokkene nadrukkelijk bezwaar maakt.
- Als de betrokkene persistent bezwaar maakt.
- Als het bezwaar een reële betekenis heeft.

Als degene die op huisbezoek gaat, de betrokkene letterlijk vraagt of hij bezwaar heeft tegen opnemning in een pg-verpleeghuis, is de kans groot dat hij te allen tijde "ja" zal zeggen, ongeacht of hij zich bewust is van de situatie waarin hij verkeert. Daarom adviseert de VNG de vraag enigszins directief te stellen, echter zonder de betrokkene te manipuleren.

Soms ziet de indicatiecommissie af van het huisbezoek, omdat voldoende gegevens beschikbaar zijn om een advies te kunnen geven. De VNG vindt het nalaten van het huisbezoek alleen te billijken als uit de aanvraag blijkt dat de betrokkene bereid is tot opnemning. Als dit niet het geval is, moet het huisbezoek altijd plaatsvinden.

Hoewel het besluit 1988/1993 ervan uitgaat dat het huisbezoek wordt gedaan door een lid van de commissie, komt het in de praktijk voor dat het wordt gedaan door een derde, bijvoorbeeld een verpleeghuisarts of een medewerker van de regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG). De VNG acht deze praktijk niet strijdig met de Wet Bopz. Hier is sprake van mandaat. De commissie moet erop toezien dat de derde het huisbezoek aflegt volgens de regels van de Wet Bopz. Zij blijft zelf verantwoordelijk voor het uiteindelijke advies.

3.3 Het RIPAT-protocol 1994

Het RIPAT-platform in Noord-Holland stelde in januari 1994, als handreiking aan de indicatiecommissies in de verstandelijk gehandicaptenzorg, een protocol op. De hoofdpunten worden hier vermeld.

Het tijdsbeslag dat het huisbezoek meebrengt, kan worden beperkt als het bezoek wordt afgelegd door een lid van de indicatiecommissie dat tevens deel uitmaakt van de selectiecommissie van de opnemende inrichting. De Wet Bopz verbiedt deze werkwijze niet. Als er maar voor wordt gezorgd dat de commissie die uiteindelijk oordeelt, niet aan de inrichting is verbonden.

Het RIPAT-protocol gaat ervan uit dat de indicatiecommissie de noodzaak van opnemning conform art. 60 Wet Bopz pas beoordeelt, nadat de plaatsingscommissie de betrokkene heeft voorgedragen voor een bepaalde intramurale plaats. Beoordeling op het ogenblik van het stellen van de zorgindicatie heeft niet zo veel zin, omdat er vaak een lange wachttijd voor plaatsing bestaat. Bovendien is een dergelijke gang van zaken voor de aanmelder moeilijk te begrijpen. Het protocol laat de Bopz-beoordeling dus verrichten door dezelfde commissie als die welke de zorgbehoefte beoordeelt, maar in een latere, afzonderlijke procedure.

Mocht op enig moment in de procedure sprake zijn van bezwaar, dan zal een RM moeten worden aangevraagd. Bij twijfel dient altijd van bezwaar te worden uitgegaan.

3.4 Het SOMMA-protocol 1994

In juni 1994 bracht SOMMA, landelijke vereniging van instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap, een Voorlopig protocol indicatie-advisering Bopz uit als handreiking aan de indicatiecommissies in de verstandelijk gehandicaptenzorg. De SOMMA had het protocol opgesteld in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg en na overleg met het ministerie van WVC en de geneeskundige hoofdinspectie voor de geestelijke volksgezondheid.

Het SOMMA-protocol is in grote lijnen gelijk aan het VNG-protocol. De punten die hierboven onder het VNG-protocol zijn vermeld, komen alle, soms letterlijk, terug in het SOMMA-protocol, namelijk:

- Uit een handtekening van de betrokkene onder het aanvraagformulier mag worden afgeleid dat hij bereid is tot opneming.
- Er is slechts sprake van 'bezwaar' als het bezwaar nadrukkelijk en persistent wordt geuit en een reële betekenis heeft.
- De vraag of de betrokkene bezwaar heeft tegen opneming, hoeft niet letterlijk te worden gesteld. Het beste is de vraag enigszins directief te stellen, zonder de betrokkene te manipuleren.
- Van een huisbezoek mag alleen worden afgezien als uit de aanvraag blijkt dat de betrokkene bereid is tot opneming.
- De indicatiecommissie mag het huisbezoek mandateren aan een derde, maar blijft zelf verantwoordelijk voor het onderzoek.

Uit het SOMMA-protocol vermeld ik ook twee passages die niet voorkomen in het VNG-protocol:

- De 'zittende populatie' van de inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten wordt geacht vrijwillig te zijn opgenomen. Als een cliënt die tot deze populatie behoort, zich verzet tegen verder verblijf in de inrichting, moet een RM worden aangevraagd. Is binnen de inrichting een vrijheidsbeperkende maatregel nodig, dan moet een advies van de indicatiecommissie worden gevraagd.
- Bij een opname voor korte duur (weekend-, logeer- of vakantieopvang) wordt ervan uitgegaan dat er instemming van de betrokkene is verkregen.

3.5 Het BIO-protocol 1997

Na daaraan twee jaar te hebben gewerkt, publiceerde in juli 1997 het Breed Indicatie Overleg (BIO) een Modelprotocol geïntegreerde indicatiestelling voor het terrein van wonen, welzijn en zorg. Het BIO sprak de verwachting uit dat de RIO's het modelprotocol op grote schaal zouden overnemen, met een nadere invulling per regio.

In het najaar 2000 heb ik het BIO-protocol opgevraagd bij de Landelijke Vereniging van Indicatie Organen (LVIO), een in 1999 opgerichte vereniging die de RIO's als leden heeft en zich onder meer inspant om het Zorgindicatiebesluit te implementeren. Aanvankelijk wendde ik mij tot de voorzitter en, toen dat niets opleverde, tot de vice-voorzitter. Toezending zou, aldus laatstgenoemde, even kunnen duren, aangezien het protocol zelf inmiddels enigszins uit de aandacht was geraakt, nu alle aandacht was gericht op het daarbij behorende formulierenset. Nadat LVIO mij naar de uitgeverij van de VNG had verwezen (waar het protocol inderdaad was uitgegeven, maar intussen uitverkocht), stuurde LVIO het mij uiteindelijk toe, twee maanden nadat ik daarom voor het eerst had gevraagd.

Het protocol biedt een inhoudelijk kader voor een indicatiestelling, die niet alleen objectief, maar ook onafhankelijk en vanuit een integrale benadering dient plaats te vinden. Deze drie uitgangspunten waren vervat in de eerder genoemde beleidsbrief van staatssecretaris Terpstra d.d. februari 1996.

De reikwijdte van het protocol is breder dan die van het Zorgindicatiebesluit. Strekt het Zorgindicatiebesluit zich uit tot AWBZ-gefinancierde thuiszorg en tot zorg in en vanuit een verzorgingshuis of een verpleeghuis, het protocol heeft betrekking op zorg-, woon- en welzijnsvoorzieningen.

Het BIO-protocol omvat meer dan 100 pagina's en gaat over onderwerpen als: indicatiestelling als proces, een visie op zorg en een daarmee samenhangend wegingskader, verschillende routes in de afhandeling van hulpvragen, hulpvraaganalyse en voorzieningenaanbod. Temidden van al deze tekst wordt de Bopz-taak van het RIO slechts één keer genoemd, en wel in een voetnoot: Wanneer de cliënt als gevolg van zijn stoornissen en beperkingen gevaar oplevert voor zichzelf en zijn omgeving, moet de indicatiesteller de procedure zoals vastgelegd in de Wet Bopz volgen.

In juli 1999 heeft het BIO een formulierenset integrale indicatiestelling met een daarbij behorende toelichting uitgegeven. Tot de set behoort een zogenaamd Bopz-formulier met een invulstructie, waarvan de inhoud hier wordt beschreven.

Het eerste onderdeel van het formulier gaat over de verplichting een cliënt, voor wie opnemings in een pg-verpleeghuis wordt gevraagd, op de hoogte te stellen van het feit dat hij op grond van de Wet Bopz verzet kan bieden tegen opnemings. De onderzoeker (indicatieadviseur) moet aankruisen of de cliënt mondeling danwel/alsook schriftelijk op de hoogte is gebracht van de mogelijkheid tot verzet, en hoe de cliënt daarop reageerde (verbaal, non-verbaal, niet). Daarop volgt een vrije tekstruimte waarin de reactie van de cliënt moet worden beschreven en een betekenis aan deze reactie moet worden gegeven (in termen van verzet of bereidheid).

Het tweede onderdeel van het formulier gaat over de "opnamebereidheid" van de cliënt. De indicatieadviseur moet aankruisen of de cliënt ten aanzien van opname in een pg-verpleeghuis, hetzij de nodige bereidheid, hetzij verzet, hetzij geen bereidheid en geen verzet toont. Deze begrippen worden als volgt toegelicht:

- Bereidheid: Er is sprake van consistente en nadrukkelijke bereidheid; cliënt toont inzicht in zijn/haar situatie. De bereidheid wordt bevestigd door de handtekening van cliënt.
- Verzet: Er is sprake van een consistent en nadrukkelijk verzet. Voor het bieden van verzet geldt geen vormvereiste.
- Geen verzet, noch bereidheid: Er is geen sprake van duidelijke bereidheid of verzet; er is bijvoorbeeld sprake van een steeds wisselende reactie.

Het derde onderdeel van het formulier gaat over de "opnemingsnoodzaak (gevaarscriteria)". Deze noodzaak wordt als volgt toegelicht: Een stoornis van de geestvermogens kan alleen aanleiding zijn voor opnemings in een pg-verpleeghuis, indien cliënt niet zonder gevaar voor zichzelf of zijn omgeving zich buiten een pg-verpleeghuis kan handhaven. De indicatieadviseur moet aankruisen welke van de volgende items van toepassing zijn:

Gevaar voor de cliënt:

- Zich van het leven beroven / zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengen.
- Maatschappelijk ten onder gaan.
- Zichzelf ernstig verwaarlozen.

- Door hinderlijk gedrag, agressie van anderen tegen zichzelf oproepen.

Gevaar voor anderen:

- Een ander van het leven beroven of hem ernstig letsel toebrengen.

- Door hinderlijk gedrag de psychische gesteldheid van een ander schaden.

- Een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd verwaarlozen.

- Gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

Hierop volgt een vrije tekstruimte waarin de Bopz-uitspraak moet worden vermeld.

Daaronder moeten worden vermeld: de datum van de uitspraak, de naam van de indicatieadviseur, de organisatie waarbij hij werkzaam is, en zijn handtekening.

Het formulier eindigt met een ruimte waarin de cliënt zijn handtekening kan plaatsen.

3.6 Het NIZW-protocol 1999

In het najaar van 1999 bracht het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) het Protocol geïntegreerde indicatiestelling gehandicaptenzorg uit. Het NIZW had dit protocol ontwikkeld in opdracht van het ministerie van VWS, onder begeleiding van het Sectoroverleg Indicatiestelling Gehandicaptenzorg. Het protocol was in twee fasen tot stand gekomen. Eerst werd aan de hand van literatuuronderzoek, praktijkmateriaal, participerende observatie en expertmeetings een concept opgesteld. Het concept werd in een definitieve versie omgezet, nadat het in regionale pilots was getest. Ik noem hier de belangrijkste punten uit het protocol.

Het protocol onderscheidt in het indicatieproces voor de AWBZ-gefinancierde gehandicaptenzorg de volgende stappen: aanmelding, probleemverkenning, interpretatie basisinformatie, formulering indicatiebesluit, rechtmatigheidstoetsing en zorgbemiddeling, en zorgrealisering en evaluatie van de zorg.

De indicatiesteller kan in veel gevallen zelf het indicatiebesluit nemen. Hij is verplicht de zaak voor te leggen aan een multidisciplinair team als het gaat om een besluit met verstrekkende gevolgen, bijvoorbeeld een uithuisplaatsing.

De aanvraag moet schriftelijk door of namens de cliënt bij de commissie worden ingediend.

De commissie moet het indicatiebesluit binnen zes weken na de aanvraag nemen. De cliënt moet binnen een week na de besluitvorming schriftelijk van het besluit op de hoogte worden gesteld. Het besluit moet zijn voorzien van een toelichting, waarin de argumenten worden genoemd op grond waarvan het is genomen. De cliënt moet worden geïnformeerd over de mogelijkheden om bezwaar en beroep tegen het besluit aan te tekenen. Als de cliënt van één van deze mogelijkheden gebruik maakt, moet de bezwaar- of beroepsprocedure binnen de in de Awb genoemde termijnen worden afgehandeld.

In het protocol komt een paragraaf voor over de Wet Bopz, waarin de wet en het besluit 1993 op de volgende manier worden geparafraseerd. Als de cliënt blijkt geeft van bereidheid tot opname, kan hij vrijwillig worden opgenomen. Als de cliënt zich tegen opname verzet, moet een RM worden aangevraagd. Van verzet is alleen sprake als de cliënt het nadrukkelijk uit en als het een reële betekenis heeft. De cliënt moet dus in staat zijn zich een reëel beeld te vormen van de situatie. Als de cliënt niet in staat is met opname in te stemmen, maar zich daartegen ook niet expliciet (kan) verzet(ten), moet een multidisciplinair team beoordelen of opname noodzakelijk is.

Het protocol bevat geen beschrijving van de plaats die de Bopz-beoordeling inneemt in het geheel van de indicatiestelling. Wel is in het protocol een stroomschema opgenomen waarin met behulp van hokjes en pijltjes de achtereenvolgende stappen van de indicatieprocedure worden aangegeven. Uit dit schema kan het volgende worden afgeleid met betrekking tot de Bopz-taak van de indicatiecommissie. Pas nadat de commissie het indicatiebesluit heeft vastgesteld, komt de vraag aan de orde of de cliënt met de opneming instemt. Zo ja, dan volgen rechtmatigheidstoets en zorgbemiddeling. Zo nee, dan zijn er twee mogelijkheden: ofwel de commissie beëindigt de procedure (en laat de zaak aan de rechter over), ofwel de commissie voert de Bopz-procedure uit.

3.7 Commentaar

Een aantal passages uit de landelijke voorbeeldprotocollen geeft een correcte en zinvolle uitwerking van een onderdeel van de wettelijk voorgeschreven procedure. Deze passages zullen hier niet aan de orde komen. Deze paragraaf zal zich beperken tot de passages die (mogelijk) in strijd zijn met de wettelijke regels, die met andere woorden een toetsing aan het juridisch kader van hoofdstuk 2 niet kunnen doorstaan.

Het VNG-protocol stelt dat er alleen sprake is van verzet (toen nog bezwaar genoemd) als dit nadrukkelijk en persistent wordt geuit en een reële betekenis heeft. Dit protocol werd kort na het inwerkingtreden van de Wet Bopz algemeen toegepast door de indicatiecommissies voor de ouderenzorg (GIGV 1995). Hoezeer dit protocol door de sector werd omhelsd, blijkt onder meer uit het feit dat de aan verzet gestelde eisen werden overgenomen in een door de koepelorganisatie uitgegeven voorlichtingsbrochure (NVVz 1994) en zonder enige discussie werden vermeld in een door een geriatr geschreven uiteenzetting van de regeling die de Wet Bopz bevat voor opneming in een pg-verpleeghuis (De Keijzer 1994).

De eisen die de VNG in 1993 aan verzet stelt, werden in de verstandelijk gehandicaptensector overgenomen via het SOMMA-protocol 1994. Zij leven tot op de dag van vandaag voort, zowel in de psychogeriatric (zie het BIO-protocol) als in de verstandelijk gehandicaptenzorg (zie het NIZW-protocol).

Als men de eisen die de VNG aan verzet stelt, confronteert met de tekst van de wet, zoals deze in het licht van de parlementaire geschiedenis moet worden gelezen (paragraaf 2.2), kan men niet anders dan concluderen dat deze eisen in strijd zijn met de wet. Terwijl de wet zegt dat elke gedraging die op verzet zou kunnen wijzen, als verzet moet worden opgevat, stelt de VNG aan verzet zulke hoge eisen dat bijna geen mens meer verzet kan tonen. In deze geest ook Laurs en Van Dijke (1995), die stellen dat het VNG-protocol er debet aan is "dat in de praktijk van de ouderenzorg aanmerkelijk hogere eisen aan 'verzet' worden gesteld dan kennelijk de bedoeling van de wetgever was". Zij spreken daarom van buitenwettelijke eisen. Deze opvatting vinden wij ook bij Dijkers (Handboek opneming en verblijf): Het is in strijd met de bedoeling van de wet als verzet slechts aanwezig wordt geacht als het reëel, invoelbaar, consistent of consequent is. Robben en Van de Schepop (1997) betichten de VNG van "de neiging om (...) de wettekst rekkelijk en op eigen wijze te interpreteren". Zo wordt, aldus deze auteurs, het beoogde doel van de wetgever (de rechterlijke macht niet te overbelasten) makkelijk gehaald. De rechtsbescherming van de patiënt wordt echter aan dit doel ondergeschikt gemaakt. Hun conclusie is: "De tendens alle opnamen te effectueren middels artikel 60 lijkt meer op ritselen dan op het regelen van de praktijk in de geest van de wet".

Al voordat de Wet Bopz in werking trad, voorzagen Laurs en Van Dijke (1993) dat men een door een demente bejaarde tegen opname ingebracht bezwaar in de praktijk zou bagatelliseren, omdat men beducht is voor bemoeienis van de rechter. Zij verwachtten dat de familie alles in het werk zal stellen om de rechter op een afstand te houden, aangezien het voor haar uiterst pijnlijk is voor de rechter te moeten verschijnen. Bovendien wil de familie niet het risico lopen dat de rechter de afweging die zijzelf heeft gemaakt, verwerpt door het afwijzen van het verzoek om een RM. Daar komt nog bij dat de meeste hulpverleners geen behoefte hebben aan een rechterlijke toetsing van een door hen gemaakte afweging en dat zij wars zijn van administratieve rompslomp.

Al sedert de uitgifte van het VNG-protocol worden, samenhangend met de eis dat het verzet een reële betekenis moet hebben, voorbeelden gegeven van irreële vormen van verzet, waaraan men zonder meer voorbij zou mogen gaan. Op diverse plaatsen vindt men het voorbeeld van een opgenomen pg-patiënt die naar huis wil om zijn moeder te verzorgen, terwijl zijn moeder al jaren geleden is overleden. Deze redenering snijdt naar mijn mening juridisch geen hout, aangezien ook het verzet van een wilsonbekwame patiënt dient te worden gerespecteerd (paragraaf 2.3). Als men ervan uitgaat dat ook een onbekwame geldig kan protesteren, moet men zich onthouden van een oordeel over het realiteitsgehalte van het protest.

Uit een handtekening van de betrokkene onder het aanvraagformulier afleiden dat hij de nodige bereidheid tot opneming toont, lijkt mij niet juist, aangezien 1. het bij de patiëntengroepen waarom het hier gaat, regelmatig voorkomt dat een patiënt niet kan begrijpen wat hij ondertekent, en 2. het bij de situaties waarom het hier gaat, niet denkbeeldig is dat de betrokkene onder druk wordt gezet zijn handtekening te plaatsen. In dezelfde geest Laurs en Van Dijke (1995) en Dijkers (Handboek opneming en verblijf).

Het VNG-, het RIPAT- en het SOMMA-protocol achten het niet in strijd met de Wet Bopz als de indicatiecommissie het huisbezoek overlaat aan een hulpverlener van een begeleidende of opnemende instelling, mits de commissie erop toeziet dat het huisbezoek volgens de regels wordt uitgevoerd en de commissie zelf die uiteindelijk het oordeel geeft, niet aan de inrichting is gebonden. De inspectie heeft herhaaldelijk stelling genomen tegen deze praktijk (zie onder meer IGZ 1996a): Het uitbesteden van het huisbezoek aan een functionaris van een aanvragende of opnemende instelling roept vragen op ten aanzien van de onafhankelijkheid van de indicatiestelling. De inspectie zegt overigens niet dat deze praktijk in strijd is met de wet. Ik sluit me hierbij aan: Een onwenselijke praktijk, die de wet niet verbiedt.

De aanmoediging van de VNG, overgenomen door de SOMMA, om de mondelinge mededeling dat de betrokkene zich tegen opneming kan verzetten, niet altijd letterlijk, maar soms 'enigszins directief' te doen, teneinde te voorkomen dat de betrokkene zich tegen opname verzet, acht ik minder geslaagd. Hetzelfde geldt voor een vrije tekstruimte op het bij het BIO-protocol behorende Bopz-formulier, waarin de onderzoeker niet alleen de reactie van de betrokkene op de mondelinge mededeling moet noteren, maar ook een betekenis aan deze reactie moet geven. Het lijkt mij een goed juridisch gebruik dat een functionaris die een zaak onderzoekt en daarvan rapport opmaakt, weergeeft wat de betrokkene zegt en daarvan niet een interpretatie geeft. Bij het genoemde Bopz-formulier zou ik ook willen opmerken dat daarin geen plaats is ingeruimd om de stoornis van de geestvermogens aan te geven, terwijl deze toch één van de Bopz-criteria voor opname in een pg-verpleeghuis is.

Het op psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten toegespitste gevaarscriterium, namelijk dat de betrokkene zich als gevolg van een geestesstoornis niet buiten een pg-verpleeghuis of een instituut voor verstandelijk gehandicapten kan handhaven, wordt op het bij

het BIO-protocol behorende Bopz-formulier uitvoerig geoperationaliseerd. De uitwerking van het criterium bestaat uit de gevaarscategorieën die uit de rechtspraak van de Hoge Raad omtrent het voor de psychiatrie geldende gevaarscriterium zijn afgeleid (Van Ginneken 1993) en die vorig jaar op voorstel van het Kamerlid B. Dittrich in de Wet Bopz zijn opgenomen. Het lijkt mij niet verhelderend om de uitsplitsing van het gevaarscriterium dat geldt voor de psychiatrie en dat naar algemene opvatting enger is dan het gevaarscriterium dat geldt voor de psychogeritrie en voor de verstandelijk gehandicaptenzorg, te gebruiken als uitsplitsing van het voor de beide laatstgenoemde sectoren geldende gevaarscriterium. Een soortgelijke opvatting vindt men bij de inspectie, die schrijft dat het een misverstand is aan te nemen dat psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten alleen kunnen worden opgenomen "als ze een gevaar vormen in de zin van (min of meer direct) onheil voor zichzelf of anderen veroorzaken" (IGZ 2000).

In de beide sectoren van de gezondheidszorg die hier aan de orde zijn, bestaan al jaren lange wachttijden tussen het ogenblik van de aanvraag en dat van de opname. Het VNG-, het SOMMA- en het BIO-protocol gaan er meer of minder impliciet vanuit dat het Bopz-oordeel tegelijkertijd met de AWBZ-indicatie wordt gegeven kort nadat de aanvraag bij de indicatiecommissie is ingediend. Het RIPAT-protocol zegt dat een Bopz-beoordeling in zo'n vroeg stadium niet zo veel zin heeft, omdat er tijdens de wachttijd nog van alles kan veranderen. Bovendien is deze aanpak voor de betrokkene en zijn omgeving moeilijk te begrijpen. De Bopz-beoordeling moet, aldus nog steeds het RIPAT-protocol, pas plaatsvinden tegen de tijd dat de opname in zicht komt. Ook het NIZW-protocol maakt de AWBZ-beoordeling en de Bopz-beoordeling van elkaar los: De laatstgenoemde beoordeling komt pas aan de orde, nadat de eerstgenoemde haar beslag heeft gekregen.

Men kan zich afvragen welk van beide systemen de voorkeur geniet. De inspectie zegt hierover het volgende. Als er een lange wachttijd bestaat, zal de indicatiecommissie erin moeten voorzien dat kort vóór opname wordt vastgesteld hoe de betrokkene over opname denkt. Dit kan worden bereikt doordat de Bopz-indicatie pas vlak vóór opname wordt afgegeven of doordat een al eerder afgegeven Bopz-indicatie kort vóór opname door een herindicatie wordt gevolgd (IGZ 1996a). Ik sluit me bij deze voorkeur aan, aangezien er tijdens de wachttijd een verandering kan optreden in de opstelling van de betrokkene ten opzichte van een opname en in de mate waarin hij zich buiten een inrichting kan handhaven. Overigens moet ik opmerken dat het andere systeem (een Bopz-oordeel in een vroeg stadium, waarna een lange wachttijd volgt) niet in strijd is met de wet, in zoverre deze de geldigheidsduur van het Bopz-oordeel niet maximeert. Het bedoelde systeem spoort echter mijns inziens niet met de bedoeling van de wet.

Als ik de landelijk protocollen overzie, moet ik vaststellen dat de indicatiecommissies/organen die deze protocollen volgen, in een slechte uitgangspositie verkeren om de Bopz-taak naar behoren te vervullen. In alle protocollen is het cruciale begrip verzet ontkracht; het Bopz-formulier dat hoort bij het BIO-protocol vertoont vanuit juridisch oogpunt ernstige gebreken; en de meeste landelijke protocollen gaan ervan uit dat de Bopz-beoordeling op een, gezien de wachttijsten, prematuur tijdstip wordt uitgevoerd.

4

De praktijk van de RIO's en de indicatiecommissies anno 2000

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk valt uiteen in twee delen. Het eerste deel geeft weer hoe de RIO's (voor de psychogeriatric) de Bopz-taak in de praktijk vervullen. Het tweede deel beschrijft hoe de indicatiecommissies (voor de verstandelijk gehandicaptenzorg) dat doen. Elk van deze delen begint met een overzicht van de bronnen waarop de praktijkbeschrijving is gebaseerd, vermeldt vervolgens enige algemene gegevens en gaat dan over tot een uitvoerige beschrijving van de praktijk.

4.2 De praktijk van de RIO's

4.2.1 Bronnen

Om meer te weten te komen over de wijze waarop anno 2000 mensen werden opgenomen in een psychogeriatric verpleeghuis, heb ik in december van dat jaar een aantal schriftelijke vragen over hun werkwijze voorgelegd aan alle 85 regionale indicatieorganen (RIO's). Een overzicht van de adressen en contactpersonen van de RIO's ontving ik desgevraagd van de Landelijke Vereniging van Indicatie Organen. In april 2001 hadden, nadat zij een rappelbrief hadden ontvangen, 64 RIO's de enquête beantwoord. Dit komt neer op een response van 75%.

Bij het toesturen van de vragenlijst verzocht ik elke RIO mij tevens het door hem gehanteerde protocol, standaardbrieven, voorlichtingsmateriaal en een jaarverslag toe te zenden. Ongeveer de helft van de RIO's voldeed aan dit verzoek. Ik heb de ontvangen stukken bestudeerd en de resultaten van deze studie in deze paragraaf verwerkt. Ik merkte dat, als het gaat om het weergeven van de praktijk, protocollen e.d. met voorzichtigheid moeten worden gehanteerd. Bij wijze van voorbeeld noem ik een RIO dat in 1995 een keurig Bopz-protocol heeft opgesteld, maar in 2000 nog niet was toegekomen aan het uitvoeren van de Bopz-taak.

De laatste – en belangrijkste – bron voor de praktijkbeschrijving die u in dit hoofdstuk vindt, zijn vraaggesprekken die ik in de zomer van 2001 met acht RIO's voerde. De geïnterviewde RIO's waren geselecteerd uit alle RIO's, dus ook de RIO's die de enquête niet hadden beantwoord. Bij de selectie werd gestreefd naar regionale spreiding en een vertegenwoordiging van grote en kleine RIO's. Elk van de acht gesprekken duurde anderhalf tot twee uur. Ik sprak met de directeur, de coördinator, een ervaren indicatieadviseur of een delegatie van enkele functionarissen.

Ik heb ook een gesprek gevoerd met de functionaris van de hoofdinspectie voor de gezondheidszorg die zich speciaal bezighoudt met onder meer de psychogeriatrische zorg, en met de brancheorganisatie van onder meer de verpleeghuizen Arcares. Toen ik de landelijke organisatie cliëntenraden ouderenzorg (LOC) benaderde voor een gesprek, antwoordde deze een gesprek niet zinvol te achten, aangezien zij niets van het onderwerp weet en zij vanuit de cliëntenraden nooit iets over het onderwerp hoort.

4.2.2 Algemene gegevens

4.2.2.1 De pg-verpleeghuizen

Opnemingen ingevolge art. 60 Wet Bopz kunnen alleen plaatsvinden in wat deze wet noemt verpleeginrichtingen en zwakzinnigeninrichtingen. Ik beperk mij hier tot de eerstgenoemde inrichtingen.

In een op 26 juni 2000 in de Staatscourant (nr. 120) gepubliceerd overzicht kan men lezen welke instellingen en afdelingen van instellingen per 1 april 2000 als verpleeginrichting in de zin van de Wet Bopz waren aangemerkt. Het overzicht noemt met naam en adres 353 psychogeriatrische verpleeghuizen en psychogeriatrische afdelingen van gecombineerde verpleeghuizen alsmede één locatie van een verzorgingshuis. Over de mogelijkheid om (afdelingen van) verzorgingshuizen aan te merken als Bopz-instelling, zie paragraaf 4.2.2.3.

4.2.2.2 De RIO's

Per 1 januari 1997 werd art. 9a AWBZ van kracht, dat bepaalt dat burgemeester en wethouders erin voorzien dat ten behoeve van de inwoners van hun gemeente er in hun gemeente een onafhankelijk indicatieorgaan werkzaam is, dat kosteloos beoordeelt of een inwoner in aanmerking komt voor een van de bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van zorg. Het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging 1996 wees als vormen van zorg waarvoor het indicatieorgaan indiceert, aan: zorg geboden in of vanuit een verzorgingshuis of een verpleeghuis. Het Zorgindicatiebesluit 1997 voegde daaraan thuiszorg toe.

De gemeenten voldeden in het algemeen in de loop van 1998 aan de verplichting een indicatieorgaan op te richten. In veel gevallen werd een orgaan door diverse gemeenten gezamenlijk opgericht. Bij een aantal RIO's was het opzetten van de werkorganisatie eind 1998 nog niet voltooid.

De 85 RIO's die momenteel in Nederland functioneren, houden zich bezig met het afgeven van AWBZ-indicaties voor zorg geboden in of vanuit een verzorgingshuis of een verpleeghuis en voor thuiszorg. Een aantal van de RIO's houdt zich tevens bezig met het indiceren voor voorzieningen op het gebied van wonen en welzijn en voorzieningen geregeld in de Wet voorzieningen gehandicaptenzorg (WVG).

De meeste RIO's zijn een stichting; een minderheid is een bestuurscommissie van een GGD of een gemeente. In het bestuur van de stichting of in de bestuurscommissie zijn de partijen vertegenwoordigd die het Zorgindicatiebesluit noemt: de gemeente(n), de zorgaanbieders, het zorgkantoor, de huisartsen en de cliënten. Het stichtingsbestuur vervult in veel gevallen de functie van een raad van toezicht. Deze gegevens zijn ontleend aan Schrijvers en Ravelli (2000). Het bestuur vergadert eens per maand of per twee maanden in aanwezigheid van de directeur en houdt zich bezig met beleidszaken, zoals begroting, jaarrekening en meerjarenplan. Het houdt zich niet bezig met de indicatiestelling in afzonderlijke gevallen, hoewel het voor de indicatiebesluiten wel verantwoordelijk is.

Elk RIO heeft een directeur en gemiddeld ruim 30 personeelsleden (20 FTE), van wie de meeste de functie van indicatieadviseur vervullen en de overige de functie van administratieve kracht. De meeste personeelsleden hebben een dienstverband met het RIO. Aan elk RIO is voor een aantal uur per week een arts verbonden als medisch adviseur (ofwel in dienstverband, ofwel gedetacheerd). De meeste indicatieadviseurs hebben een HBO verpleging of een HBO maatschappelijk werk afgesloten. Deze gegevens zijn weer ontleend aan Schrijvers en Ravelli (2000).

4.2.2.3 AWBZ-indicatiestelling voor opname in een pg-verpleeghuis

Van het totale aantal indicaties dat een RIO afgeeft, zijn de indicaties voor opname in een pg-verpleeghuis meestal maar een fractie. Laatstgenoemde indicaties zijn wel, zo verzekerde men mij in de interviews, de meest ingewikkelde. Daarom werden deze bij de RIO's die ik sprak, voorbereid door zeer ervaren indicatieadviseurs. Onder de RIO's die de enquête beantwoordden, waren er kleine die rapporteerden in het jaar 2000 enkele tientallen indicaties voor opname in een pg-verpleeghuis te hebben afgegeven, en daarnaast grote die een aantal van enkele honderden noemden (met een maximum van 1500).

De geïnterviewden legden mij uit dat de afgegeven pg-indicaties betrekking hebben op verschillende categorieën demente mensen: demente mensen die van buitenaf in het verpleeghuis worden opgenomen (vanuit de thuissituatie of vanuit bijvoorbeeld een verzorgingshuis), en demente mensen die binnen een verpleeghuis naar een pg-afdeling worden overgeplaatst (vanuit een somatische afdeling of vanuit de afdeling dagbehandeling). In de interviews werd geen enkele pg-indicatie genoemd die betrekking had op de opname van een demente bejaarde op een afdeling van een verzorgingshuis die is aangemerkt als Bopz-afdeling. Een circulaire d.d. 8 oktober 1999 van het ministerie van VWS heeft met ingang van 1 december 1999 mogelijk gemaakt dat (afdelingen van) verzorgingshuizen worden aangemerkt als Bopz-instelling. Eind 2000 had deze mogelijkheid nog slechts geleid tot het aanmerken van enkele (afdelingen van) verzorgingshuizen als Bopz-instelling.

Overigens is uit de enquête en de interviews naar voren gekomen dat minstens zes RIO's de indicatiestelling voor opname in een pg-verpleeghuis nog niet verzorgen. Deze RIO's voeren de AWBZ-beoordeling nog niet uit en evenmin de daaraan accessoire Bopz-beoordeling. In de regio's van deze RIO's is de gang van zaken de volgende. Een bejaarde voor wie opname in een pg-verpleeghuis is gevraagd, wordt nog steeds, zoals dat altijd is gegaan, bezocht door een medewerker van de RIAGG (regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg), waarna de RIAGG een indicatie voor opname geeft. Deze RIO's zijn er nog niet aan toegekomen de pg-indicatiestelling van de RIAGG over te nemen. Eén van deze RIO's zei eufemistisch dat het de pg-indicering aan de RIAGG heeft gemandateerd.

4.2.2.4 Bopz-beoordeling voor opname in een pg-verpleeghuis

Alleen wanneer aan het RIO wordt gevraagd een indicatie af te geven voor opname in een pg-verpleeghuis, moet het RIO tevens een Bopz-toets uitvoeren (althans in de gevallen dat het tot de conclusie komt dat de betrokkene geen bereidheid tot, maar ook geen verzet tegen opname aan de dag legt). Hieronder zal uitvoerig worden ingegaan op de wijze waarop in de praktijk deze Bopz-toets wordt uitgevoerd. Het zal daarbij niet altijd te vermijden zijn ook nog elementen te noemen uit de procedure van de AWBZ-indicering, aangezien de beide procedures in elkaar verstrengeld zijn.

Meestal bestaat er voor iemand die in aanmerking komt voor opname in een pg-verpleeghuis, een wachttijd van enige maanden voordat de opname kan worden gerealiseerd. In de praktijk

vindt de Bopz-beoordeling vrijwel altijd kort nadat de aanvraag bij het RIO is binnengekomen, tegelijk met de AWBZ-beoordeling, plaats, en slechts bij uitzondering enkele maanden later, nadat de wachttijd voor opname bijna is verstreken. Hieronder zal ik nader ingaan op het dilemma dat de wachttijd oproept. Hier wil ik slechts vermelden dat het wel eens voorkomt dat de indicatieadviseur de Bopz-beoordeling bewust uitstelt als er bij de betrokkene “nog geen steun voor opname bestaat” (dat wil zeggen dat betrokkene zich hevig tegen opname verzet). Het uitstel wordt gedaan in de hoop dat het verzet in de loop van de maanden die volgen, zal afnemen.

De Bopz-toets wordt bij alle RIO's uitgevoerd door het invullen van een Bopz-formulier. Van de RIO's die de enquête beantwoordden, zegt 62% dat zij het Bopz-formulier hanteren dat deel uitmaakt van het BIO-formulierenset (versie 3, 1999). Een van de geïnterviewde RIO's legde mij uit dat er voor het BIO-formulierenset drie automatiseringspakketten zijn samengesteld en op de markt gebracht. Deze pakketten produceren rapporten die onderling niet uitwisselbaar zijn.

Negen RIO's zonden mij een door hen opgesteld Bopz-protocol toe, waarin de procedure die tot een Bopz-oordeel leidt, is beschreven. Of de overige RIO's zo'n protocol hebben, is mij niet bekend. Slechts vier RIO's zonden mij een op de betrokkene en zijn familie gerichte folder toe over de werkwijze die het RIO volgt om tot een Bopz-oordeel te komen.

4.2.3 Hoe gaan de RIO's om met de procedure en de criteria?

4.2.3.1 De schriftelijke aanvraag

Voor zover ik kan nagaan, begint bij alle RIO's de procedure voor opneming in een pg-verpleeghuis met een schriftelijke aanvraag, dat wil zeggen een ingevuld en ondertekend aanvraagformulier. Meestal wordt de aanvraag door de familie bij het RIO ingediend, nadat zij naar aanleiding van een telefonisch contact een blanco formulier van het RIO heeft ontvangen. Het komt ook voor dat het formulier pas tijdens het huisbezoek met de hulp van de indicatieadviseur wordt ingevuld.

Het aanvraagformulier is vrijwel altijd ondertekend door een familielid van de betrokkene. Het komt zelden voor dat het door de betrokkene zelf is ondertekend. Is dit laatste het geval, dan leiden slechts enkele RIO's daaruit af dat betrokkene bereid is zich te laten opnemen. Verreweg de meeste RIO's leiden uit een handtekening van de betrokkene niet af dat hij instemt met opneming, aangezien – zo redeneren zij - de betrokkene in de regel niet weet wat hij ondertekent en/of het regelmatig voorkomt dat betrokkene onder druk wordt gezet zijn handtekening te plaatsen.

4.2.3.2 Medische gegevens

Om te weten of er sprake is van een vorm van dementie, heeft het RIO een schriftelijke verklaring van een arts nodig. De medische gegevens worden, als het om een thuis wonende bejaarde gaat, aangeleverd door de huisarts en/of een sociaalgeriater van de RIAGG, als het gaat om een bejaarde die in een verpleeghuis verblijft, door een verpleeghuisarts, als het gaat om een bejaarde die is opgenomen in een algemeen ziekenhuis, door een specialist, en als het gaat om een bejaarde die in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis verblijft, door een psychiater. De behandelend arts verstrekt de gegevens aan het RIO door het invullen van een formulier dat meestal vrij uitgebreid is, maar dat in elk geval vraagt naar de diagnose en naar de overige redenen voor opname in een pg-verpleeghuis.

Het multidisciplinaire team van het RIO gaat in beginsel af op de door de behandelend arts gestelde diagnose. De medisch adviseur van het RIO bezoekt de betrokkene niet, en de

indicatieadviseur die de betrokkene bezoekt, is niet bevoegd een diagnose te stellen. Wel controleert de medisch adviseur de van buiten aangereikte papieren zo goed mogelijk. Een RIO vertelde mij dat huisartsen soms wel wat vlot zijn met het stellen van de diagnose dementie en het op basis daarvan bepleiten van een opname in een pg-verpleeghuis. Er waren gevallen voorgekomen waarin er in werkelijkheid sprake was van een tumor, van een postoperatief delier of van een depressie. De medisch adviseur had deze gevallen eruit gelicht en daarover telefonisch nadere vragen gesteld aan de betrokken huisarts.

4.2.3.3 De schriftelijke mededeling dat betrokkene zich tegen opname kan verzetten

De meeste RIO's nemen in de brief waarmee zij de ontvangst van de aanvraag bevestigen en een huisbezoek aankondigen, een zin of alinea op waarin zij betrokkene wijzen op de mogelijkheid zich tegen opname in een pg-verpleeghuis te verzetten. Verschillende RIO's vertelden mij dat zij moeite hebben met het nakomen van deze wettelijke verplichting. Zo'n schriftelijke, kille mededeling kan een eventueel aanwezig sluimerend verzet onnodig aanwakkeren. Liever zouden zij de brief tijdens het huisbezoek aan de betrokkene uitreiken en voorzien van een mondelinge toelichting. Ongeveer een derde van de RIO's laat de schriftelijke mededeling systematisch achterwege.

4.2.3.4 De mondelinge mededeling dat betrokkene zich tegen opname kan verzetten

De RIO's die de enquête beantwoordden, geven aan dat zij de mondelinge mededeling aan betrokkene dat hij zich tegen opname kan verzetten, soms in het geheel niet, soms in bedekte termen, maar vaak onomwonden doen. De interviews gaven mij echter de indruk dat de mondelinge mededeling vaak achterwege wordt gelaten of zeer schoorvoetend wordt gedaan.

Ik sprak weliswaar enkele RIO's die vonden dat de indicatieadviseur tijdens het huisbezoek het woord verpleeghuis altijd moet laten vallen en de betrokkene altijd moet proberen uit te leggen dat het verblijf in een verpleeghuis beperkingen van de bewegingsvrijheid meebrengt, maar er waren meer RIO's voor wie het "over de streep trekken" van de betrokkene zwaarder weegt dan het wijzen op de mogelijkheid van verzet. Een indicatieadviseur vertelde mij dat hij, als hij de mededeling erg precair vindt, deze wel eens door de zoon of dochter laat doen. Een andere indicatieadviseur legde mij uit dat hij, als hij vreest dat de mededeling veel onrust zal veroorzaken, de betrokkene iets vraagt in de geest van: "Hebt u behoefte aan gezelligheid, soms een spelletje bingo e.d.?"

De reden waarom de RIO's moeite hebben met het uitvoeren van de wettelijke plicht die hier aan de orde is, is dat met een demente bejaarde voor wie opname wordt gevraagd, meestal geen communicatie mogelijk is. Een aantal RIO's vindt het bovendien tegenstrijdig dat de indicatieadviseur de betrokkene enerzijds moet motiveren voor opname en hem anderzijds moet wijzen op de mogelijkheid zich tegen opname te verzetten. Laatstgenoemde reden is niet herkenbaar voor RIO's die van mening zijn dat de indicatieadviseur niet moet opereren als hulpverlener, maar meer als 'bureaucraat' die niet tot taak heeft de betrokkene voor opname te motiveren.

4.2.3.5 Wanneer is er sprake van verzet?

Vrijwel alle RIO's nemen pas verzet tegen opname aan als de betrokkene het verzet uitdrukkelijk en persistent uit en het een reële betekenis heeft. Door zulke hoge eisen aan verzet te stellen, komen zij slechts zelden tot de conclusie dat er sprake is van verzet. Een indicatieadviseur die ik sprak, vertelde mij met trots en opluchting dat hij de afgelopen vijf jaar geen enkele keer verzet had hoeven constateren. Voor alle RIO's die ik sprak, impliceerde het stellen van deze extra eisen aan verzet dat een persoon die niet in staat is zijn wil ten aanzien van opname te bepalen, eo ipso geen verzet kan plegen.

Men moet bedenken dat de drie genoemde eisen cumulatief zijn. Een geïnterviewde schetste een voorbeeld van een cliënt die zich uitdrukkelijk en persistent tegen opname verzette. Toch besloot mijn zegsvrouw het verzet niet als verzet aan te merken, nu het naar haar mening geen reële betekenis had – nota bene omdat de cliënt zich een jaar eerder niet had verzet tegen opname in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis.

Ik hoorde verschillende verhalen die erop neerkwamen dat - in een geval waarin niet alleen de betrokkene, maar ook zijn familie tegen opname protesteerde - niet werd geluisterd naar het verzet van betrokkene, maar wel naar dat van de familie.

4.2.3.6 Het inschakelen van de rechter

Wanneer het RIO constateert dat betrokkene zich tegen opname verzet, zal het geen Bopz-indicatie afgeven, maar in de brief waarmee het de pg-indicatie aan de betrokkene mededeelt, vastleggen dat er sprake is van verzet. Daarmee acht het RIO zijn taak beëindigd. Het schakelt niet zelf de rechter in, maar speelt de zaak terug naar de huisarts, de RIAGG of het verpleeghuis, met de boodschap dat er geen andere mogelijkheid overblijft dan het inschakelen van de rechter. Ik heb verschillende Bopz-protocollen onder ogen gehad die stellen dat het niet de verantwoordelijkheid van het RIO is, maar die van de RIAGG of het verpleeghuis om de rechter in te schakelen (RM) of in een spoedeisende situatie de burgemeester (IBS).

Meestal bestaat er voor opname in een pg-verpleeghuis een wachttijd van enige maanden. Aangezien een verpleeghuis niet verplicht is iemand voor wie de rechter een RM heeft afgegeven, binnen enkele dagen op te nemen, en de geldigheidsduur van een RM maar twee weken bedraagt, zal met het inschakelen van de rechter moeten worden gewacht totdat er voor betrokkene een plaats in een pg-verpleeghuis beschikbaar is. Als het gaat om een crisissituatie, kan betrokkene, indien aan de eisen daarvoor is voldaan, worden opgenomen met een IBS. De meeste juristen leggen de Wet Bopz zo uit dat bij een IBS een pg-verpleeghuis wel verplicht is de betrokkene onmiddellijk op te nemen.

In de praktijk wordt in deze sector van een IBS niet zo vaak gebruik gemaakt. Meestal laat men de wachttijd verstrijken om aan het einde daarvan, indien nog nodig, een RM aan te vragen. Tijdens de wachttijd hopen de omstanders vurig dat het verzet bij betrokkene tegen opname zal wegebben. Dan kan men terug naar het RIO om opnieuw een Bopz-oordeel te vragen. Lijkt het verzet na verloop van tijd nog aanwezig, dan zal de RIAGG-psychiater moeten afwegen of hij voldoende gevaar aanwezig acht om een geneeskundige verklaring af te geven. Als de psychiater de verklaring afgeeft, is het vervolgens nog denkbaar dat de rechter de RM-vordering afwijst. Alles bij elkaar leidt maar een gedeelte van de (weinig) gevallen waarin het RIO verzet constateert, tot een opname met een RM.

De feiten die ik heb verzameld, wijzen sterk in de richting dat men verzet, indien enigszins mogelijk, opvat als 'geen bereidheid en geen verzet', omdat alle omstanders (familie, huisarts, RIAGG, verpleeghuis en RIO) erop uit zijn de rechter erbuiten te houden. Een procedure voor de rechter is – zo werd mij allerwegen bezworen – “zo belastend voor de familie”. Deze gedachte vindt men ook bij de inspectie, die schrijft dat een RM-procedure “voor de betrokken familieleden doorgaans een zeer emotioneel gebeuren” betekent (GIGV 1995).

In de interviews kwamen nog vier verhalen die ik hier zal samenvatten, naar voren waaruit eveneens blijkt dat men wars is van rechterlijke bemoeienis. Een RIO-arts vertelde me dat er vorig jaar enige gevallen waren geweest waarin het RIO een pg-opname op zich een goede oplossing voor betrokkene vond, maar toch geen pg-indicatie had afgegeven. Het ging om

gevallen waarin betrokkene en zijn omgeving zich tegen opname verzetten. Het RIO besloot in deze gevallen negatief, omdat het dergelijke gevallen niet op de wachtlijst wil hebben. Dezelfde RIO-arts vertelde mij verder dat het bij zijn RIO wel eens voorkomt dat huisarts en familie op een pg-opname aandringen, omdat betrokkene overlast veroorzaakt of vervuult, terwijl hij zich hevig tegen opname verzet. Het RIO heeft vorig jaar vijf keer een dergelijk verzoek tot opname afgewezen, met als motief dat een pg-opname niet het juiste middel is om zo'n impasse te doorbreken. Een coördinator van een ander RIO vertelde me dat het wel eens voorkomt dat het RIO bewust wordt gepasseerd door RIAGG en verpleeghuis, die in onderling overleg besluiten betrokkene die zich hevig tegen opname verzet, alvast maar zonder enige formaliteit op te nemen, in de hoop dat diens verzet tijdens het verblijf in het verpleeghuis vanzelf zal afnemen. Later kloppen ze bij het RIO aan met het verzoek voor betrokkene alsnog een Bopz-indicatie af te geven. Een indicatieadviseur van weer een ander RIO kwam met het verhaal dat een verpleeghuisarts haar onder druk had gezet om bij een zich verzettende patiënt 'geen bereidheid en geen verzet' in te vullen, met het dreigement dat hij de patiënt anders niet in zijn huis zou opnemen.

4.2.3.7 Wanneer is er sprake van de nodige bereidheid?

De RIO's die ik sprak, stellen dat verreweg de meeste demente bejaarden waarom het hier gaat, niet in staat zijn blijk te geven van de nodige bereidheid tot opname. Als dit vermogen bij uitzondering nog wel aanwezig is, komt het regelmatig voor dat de mate van bereidheid afhankelijk is van het verpleeghuis dat wordt voorgesteld. De betrokkene zegt ja tegen het verpleeghuis in zijn eigen dorp en nee tegen dat in een dorp verderop. Het RIO spant zich dan in om de betrokkene in het eerstgenoemde verpleeghuis geplaatst te krijgen. Als zich een crisis voordoet, is dat echter niet altijd mogelijk.

4.2.3.8 Wanneer is er sprake van 'geen bereidheid en geen verzet'?

'Geen bereidheid en geen verzet' vormt een tussengebied tussen twee extremen, namelijk 'de nodige bereidheid' aan de ene kant en 'verzet' aan de andere kant. Een RIO zal nooit positief vaststellen dat een cliënt tot de categorie 'geen bereidheid en geen verzet' behoort, maar door te constateren dat de cliënt niet voldoet aan de eisen voor bereidheid en evenmin aan de eisen voor verzet, vanzelf terechtkomen bij de rubriek 'geen bereidheid en geen verzet'. Naarmate een RIO de twee extreme categorieën kleiner maakt, wordt het tussengebied vanzelf groter.

4.2.3.9 Verzet, bereidheid en het tussengebied in cijfers

Vorig jaar werden er in alle pg-verpleeghuizen tezamen 143 mensen met een RM en 61 mensen met een IBS opgenomen. Deze cijfers zijn ontleend aan BopzIS-2, zoals weergegeven in IGZ (2001). De aantallen zijn extreem klein op een totaal aantal opnamen in deze huizen van circa 18000 per jaar.

Om erachter te komen hoeveel mensen er vorig jaar in pg-verpleeghuizen zijn opgenomen op vrijwillige basis en met een Bopz-indicatie, heb ik naar aanleiding van achtereenvolgende verwijzingen een rondgang langs een aantal instellingen gemaakt. Deze rondgang leverde niet de gewenste cijfers op. Tijdens de interviews heb ik de RIO's gevraagd aan te geven bij hoeveel cliënten zij in het jaar 2000 de nodige bereidheid aanwezig achtten. Enkele RIO's konden mijn vraag niet beantwoorden, aangezien ze van dit aantal geen idee hadden. Andere RIO's schatten het aantal op hoogstens enkele procenten. Nog andere RIO's legden mij uit dat zij voor alle cliënten die zij in aanmerking vinden komen voor opname in een pg-verpleeghuis, een Bopz-indicatie afgeven, ook voor de (weinig) bij wie zij bereidheid tot opname constateren.

De indruk die ik uit de interviews met de RIO's kreeg dat het wat betreft vrijwillige opname slechts om enkele procenten van het aantal opnamen in pg-verpleeghuizen gaat, werd beves-

tigd door een uitspraak die de hoofdinspectie voor de gezondheidszorg tegenover mij deed, namelijk dat vrijwel het totale patiëntenbestand van de pg-verpleeghuizen een Bopz-indicatie heeft. De hoofdinspectie gaf daarbij onder meer als toelichting dat de turnover van patiënten in deze sector zo groot is dat er in de pg-verpleeghuizen momenteel geen patiënten meer verblijven die daarin al in 1994 waren opgenomen.

Uit het door Blankman c.s. uitgevoerde onderzoek komt een wat hoger percentage vrijwillig opgenomen patiënten en daarmee een lager percentage met Bopz-indicatie opgenomen patiënten naar voren. Volgens het onderzoeksrapport waren van alle patiënten die begin 2001 in pg-verpleeghuizen verbleven, er 20,7% vrijwillig opgenomen, 78,5% met een Bopz-indicatie, 0,7% met een RM en 0,06% met een IBS (Blankman c.s. 2002). Aan de cijfers van Blankman c.s. moet meer waarde worden toegekend dan aan mijn indruk, aangezien hun cijfers zijn gebaseerd op systematisch onderzoek en mijn indruk op slechts enkele uitspraken.

4.2.3.10 Het onderzoek

Aan een indicatie voor opname in een pg-verpleeghuis (waarvan een Bopz-oordeel deel uitmaakt) gaat altijd een onderzoek vooraf, dat plaatsvindt tijdens een bezoek dat een deskundige aan de betrokkene brengt.

Bij minstens zeven RIO's wordt het onderzoek in alle gevallen, als vanouds, nog uitgevoerd door een RIAGG-medewerker, waarna het RIO de door de RIAGG verzamelde gegevens controleert en een pg-indicatie (waarin een Bopz-oordeel is vervat) afgeeft. Verschillende van deze RIO's geven aan dat zij doende zijn het onderzoek over te nemen.

Bij minstens twee RIO's wordt het onderzoek in alle gevallen, zoals dat gebruikelijk was, nog uitgevoerd door een maatschappelijk werker van het opnemende verpleeghuis. De maatschappelijk werker bezoekt de betrokkene thuis, maakt een rapport op en brengt dit uit aan het RIO. De RIO-arts controleert de papieren en werkt de zaak af. Ook deze RIO's zijn voornemens het onderzoek zelf te gaan doen.

Bij de overige RIO's wordt het onderzoek in de regel verricht door een indicatieadviseur van het RIO. Als de betrokkene al op een somatische afdeling van het verpleeghuis verblijft of bij het huis in dagbehandeling is, wordt het onderzoek meestal door het verpleeghuis zelf gedaan. Als de betrokkene in een algemeen ziekenhuis of in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis verblijft, wordt het onderzoek meestal onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist respectievelijk een psychiater uitgevoerd.

4.2.3.11 Het rapport van het onderzoek

Het onderzoek wordt altijd met een schriftelijk rapport afgesloten. Het rapport bestaat uit enige ingevulde standaardformulieren. In de meeste gevallen zijn deze formulieren (waaronder een Bopz-formulier) overgenomen van het BIO-formulierenset, al of niet met regionale aanpassingen.

Het aan het BIO-formulierenset ontleende Bopz-formulier vermeldt drie van de vier in paragraaf 2.5 genoemde onderwerpen die in een onderzoeksrapport aan de orde dienen te komen (de wijze waarop de betrokkene is meegedeeld dat hij zich tegen opname kan verzetten; de reactie van de betrokkene daarop; de omstandigheden die meebrengen dat betrokkene zich als gevolg van de geestesstoornis niet buiten een verpleeghuis kan handhaven). Eén onderwerp komt op het Bopz-formulier niet voor, namelijk de aard van de geestesstoornis. De redenering die aan het ontbreken van dit onderwerp ten grondslag ligt, zal wel zijn dat men gegevens over de geestesstoornis elders in de paperassen kan vinden. Een sprekend voorbeeld van verstreng-

geling van de AWBZ- en de Bopz-procedure.

Hier wordt kort weergegeven hoe het Bopz-formulier in de praktijk wordt gebruikt. De meeste RIO's lijken niet te begrijpen dat zij moeten toetsen of er een noodzaak voor opname bestaat, erin bestaande dat betrokkene zich niet buiten een verpleeghuis kan handhaven. Een ervaren indicatieadviseur legde mij uit hoe zij het Bopz-formulier pleegt in te vullen: "Nadat ik enkele hokjes heb aangekruist om aan te geven of betrokkene zich verzet, zich bereid toont danwel geen van beide, kruis ik onder 'opnemingsnoodzaak' enkele hokjes aan om aan te geven wat de situatie van betrokkene is". Het gaat er voor haar kennelijk niet om aan te geven of er een noodzaak tot opname bestaat, maar welke van de gevaarscategorieën die tot opname noodzakelijk zijn, van toepassing zijn.

Enkele RIO's vertelden mij dat in alle gevallen waarin een indicatie voor opname in een pg-verpleeghuis aanwezig wordt geacht, een of meer hokjes onder 'opnemingsnoodzaak' worden aangekruist. Dit betekent dat bij deze RIO's aan elk indicatiebesluit dat strekt tot opname in een pg-verpleeghuis, een Bopz-oordeel is verbonden, ook wanneer de betrokkene bereid is zich te laten opnemen of wanneer hij zich tegen opname verzet. Dezelfde benadering trof ik aan in een folder voor cliënten van een ander RIO: "Een Bopz-verklaring is altijd nodig bij opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis en kent drie varianten: 1. Iemand is bereid tot opname. 2. Iemand toont geen bereidheid tot opname, maar verzet zich niet tegen opname. 3. Iemand verzet zich tegen opname."

4.2.3.12 Het deskundigenteam

Vrijwel alle RIO's beschikken over een deskundigenteam, vaak multidisciplinair overleg genoemd, dat wekelijks vergadert om de onderzoeksrapporten die daarvoor in aanmerking komen, waaronder alle rapporten betreffende een opname in een pg-verpleeghuis, te bespreken en vast te stellen.

Het team heeft een wisselende samenstelling. De indicatieadviseur die het verslag heeft opgesteld, is in de regel aanwezig. De medische adviseur is altijd aanwezig. Daarnaast zijn er vaak nog een of meer andere indicatieadviseurs aanwezig. Soms wordt de vergadering van het team voorgezeten door de directeur of de coördinator van het RIO, in andere gevallen door de arts. Het team wordt vaak bijgestaan door een secretaresse.

Er zijn ook enkele RIO's waarbij het onderzoeksrapport niet wordt besproken en vastgesteld door een deskundigenteam. Een RIO gaf aan dat de verslagen waarin een pg-opname wordt geadviseerd, worden gecontroleerd en vastgesteld door de coördinator. Een ander RIO vertelde mij dat het geen multidisciplinair team heeft, omdat het daarvan de meerwaarde niet inziet. In plaats daarvan is er een casuïstiekbespreking.

Het komt wel eens voor dat de medisch adviseur die aan het RIO is verbonden, tevens in dienst is van de RIAGG of van een verpleeghuis danwel tevens werkzaam is als huisarts in de regio. De neiging van deze medici om zich niet in te laten met de bespreking van een cliënt van wie zij de behandelaar zijn, lijkt niet erg groot te zijn. Zij onderstrepen dat hun kennis van de cliënt de kwaliteit van de bespreking juist verhoogt. Tevens benadrukken zij dat de dubbelfunctie het mogelijk maakt aan beide kanten eventuele misverstanden uit de weg te ruimen.

4.2.3.13 Het Bopz-oordeel

Het multidisciplinaire team stelt het onderzoeksrapport vast. Daarmee is voor het RIO het indicatiebesluit tot stand gekomen. Zoals eerder gezegd, bemoeit het bestuur van het RIO zich

niet met de besluitvorming, terwijl het voor het besluit wel verantwoordelijk is.

Het indicatiebesluit wordt niet vervat in een afzonderlijk stuk. Het goedgekeurde onderzoeksrapport moet voor het besluit doorgaan. Zo is het ook met het Bopz-oordeel: Het door de indicatieadviseur ingevulde Bopz-formulier wordt, nadat het deskundigenteam is gepasseerd, door het RIO gezien als het Bopz-oordeel. Het zou naar mijn mening geen overbodige luxe zijn als het RIO het Bopz-oordeel zou vastleggen in een document, dat aan de betrokkene wordt toegezonden en dat tegenover het pg-verpleeghuis kan dienen als bewijs dat het betrokkene mag opnemen.

4.2.3.14 De categorieën patiënten waarvoor een Bopz-oordeel wordt gegeven

De door de RIO's afgegeven Bopz-oordelen hebben meestal betrekking op demente bejaarden die vanuit de thuissituatie worden opgenomen. Daarnaast geven de RIO's Bopz-oordelen af voor demente bejaarden die hetzij worden overgeplaatst vanuit een verzorgingshuis, een algemeen ziekenhuis of een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, hetzij binnen het verpleeghuis worden overgeplaatst vanuit een somatische afdeling of de afdeling dagbehandeling.

Als ik de vraag stelde of het RIO ook wel eens een Bopz-oordeel afgeeft voor een patiënt die al op een pg-afdeling verblijft, maar op vrijwillige basis, kreeg ik steeds een negatief antwoord. Als ik naar een verklaring van dit verschijnsel vroeg, waren er enerzijds RIO's die mij uitlegden dat alle patiënten die op een pg-afdeling verblijven, al een Bopz-indicatie hebben (zie boven), en anderzijds RIO's die erop wezen dat er maar heel weinig patiënten die op een pg-afdeling verblijven, op vrijwillige basis zijn opgenomen. Op basis van de interviews heb ik de indruk gekregen dat het aanvragen van een Bopz-oordeel voor een al opgenomen patiënt om dwangtoepassing van een wettelijke grondslag te voorzien, in deze sector niet zo vaak voorkomt.

4.2.3.15 Toetsing aan het noodzaakcriterium

Art. 60 Wet Bopz bepaalt dat, als het gaat om opname in een pg-verpleeghuis van een persoon die noch bereidheid tot, noch verzet tegen opname laat blijken, een commissie moet toetsen of een opname van deze persoon noodzakelijk is, dat wil zeggen of deze persoon zich niet buiten een verpleeghuis kan handhaven. Het empirische onderzoek doet sterk vermoeden dat de RIO's deze toets niet uitvoeren.

Alle RIO's die ik daarnaar vroeg, antwoordden dat een AWBZ-indicatie voor opname in een pg-verpleeghuis impliceert dat er een noodzaak voor opname in zo'n huis ingevolge de Wet Bopz aanwezig is. Als ik mijn gesprekspartner erop wees dat "in aanmerking komen voor" (AWBZ) een ander criterium is dan "zich niet buiten de inrichting kunnen handhaven" (Bopz), zag hij dat wel in, maar legde hij mij uit dat een getrapte zorgtoewijzing conform de BIO-systematiek inhoudt dat het RIO pas kiest voor een zwaardere zorgvorm als deze noodzakelijk is. Dit brengt mee dat, als het RIO de situatie van betrokkene voldoende zwaar acht om hem in aanmerking te laten komen voor 24-uurs zorg in een pg-verpleeghuis, daarmee de noodzaak tot opname vaststaat. Het Bopz-opnamecriterium wordt door het RIO dus niet afzonderlijk getoetst.

Er is nog een andere bevinding die erop wijst dat het RIO aanvragen tot opname in een pg-verpleeghuis niet toetst aan het noodzaakcriterium van de Wet Bopz. Het komt regelmatig voor dat zo'n aanvraag wordt afgewezen (en wordt omgebogen in een minder zware vorm van zorg). De reden van afwijzing is dan nooit het oordeel dat de betrokkene zich niet buiten een verpleeghuis kan handhaven (Bopz-criterium), maar altijd het oordeel dat betrokkene voldoende geholpen is met een minder zware en dus goedkopere vorm van zorg (AWBZ-criterium). Geen van de RIO-functionarissen die ik sprak, kon zich voorstellen dat het RIO zou oordelen dat een

demente bejaarde op zich in aanmerking komt voor opname in een pg-verpleeghuis, maar dat de opname (vooralsnog) niet kan doorgaan omdat betrokkene zich nog buiten het verpleeghuis kan handhaven.

Dat RIO's zich niet altijd realiseren dat zij hun casussen aan het noodzaakcriterium moeten toetsen, bleek mij ook uit een door een RIO zelf ontworpen Bopz-formulier, dat alleen enkele vragen bevat over bereidheid/verzet, maar geen enkele vraag over noodzaak van opname. Daarnaast wijs ik erop dat een aantal RIO's, om de betrokkene te informeren over het Bopz-oordeel, volstaat met een formule in de geest van: Tijdens het onderzoek hebben wij vastgesteld dat u geen bereidheid tot en geen verzet tegen opname hebt laten blijken.

4.2.3.16 Bekendmaking van het Bopz-oordeel

Ik heb een aantal modellen bestudeerd van brieven die het RIO gebruikt om betrokkene het indicatiebesluit mee te delen. De brief, door sommige RIO's beschikking genoemd, is in de regel geadresseerd aan de betrokkene, maar wordt vaak toegezonden aan de familie. Hij is namens het RIO ondertekend door de directeur, de coördinator of de indicatieadviseur die het onderzoek heeft verricht. De brief wordt meestal een of twee maanden nadat de aanvraag is binnengekomen, verzonden.

Een kopie van de brief wordt vaak aan de huisarts van de betrokkene gestuurd. Een kopie van de brief en een kopie van het onderzoeksverslag worden verstuurd ofwel aan het verpleeghuis waarvoor betrokkene zijn voorkeur heeft uitgesproken (indien er in de regio nog geen zorgtoewijzingscommissie bestaat), ofwel aan de zorgtoewijzingscommissie. Laatstgenoemde commissie zorgt, zodra zij heeft besloten waar betrokkene zal worden opgenomen, voor doorzending van de stukken naar het opnemende verpleeghuis.

De ingrediënten van de brief waarmee het RIO de betrokkene van het indicatiebesluit in kennis stelt, zijn:

- Naar aanleiding van uw aanvraag hebben wij een onderzoek verricht. Op grond daarvan hebben wij vastgesteld dat u in aanmerking komt voor opname in een pg-verpleeghuis.
- Soms: Het indicatiebesluit is geldig voor (een half jaar, een jaar, onbepaalde duur).
- Soms: Het verpleeghuis van voorkeur is:
- Soms: De urgentie van opname is:
- Vaak: Wij hebben uw gegevens doorgegeven aan (ofwel het verpleeghuis van voorkeur, ofwel de zorgtoewijzingscommissie).
- Soms: Tijdens de wachttijd kunt u desgewenst een beroep doen op een maatschappelijk werker van het verpleeghuis van voorkeur (of ter keuze op een maatschappelijk werker uit één van de verpleeghuizen in de regio).
- Vaak: Wanneer u het niet eens bent met het besluit, kunt u daartegen bezwaar en beroep aantekenen. (Volgt een beschrijving van de wijze waarop men dit kan doen.)
- Soms: Wanneer uw situatie tijdens de wachttijd verandert, verzoeken wij u ons daarvan in kennis te stellen, zodat wij uw geval opnieuw kunnen bekijken.

De meeste modellen van brieven waarmee de betrokkene wordt geïnformeerd over een AWBZ-indicatie voor opname in een pg-verpleeghuis, reppen met geen woord over een Bopz-oordeel. Soms verwijst de brief op een niet volledig begrijpelijke wijze naar dit oordeel, bijvoorbeeld doordat daarin plompverloren de volgende zin is opgenomen: "De aanvragen rond opnames in psychogeriatrische verpleeghuizen zijn geregeld in de Wet Bopz" of "Conclusie Bopz: Bereidheid noch Bezwaar". Bij een aantal RIO's is de verwijzing naar het Bopz-oordeel duidelijker, maar onvolledig, namelijk als de brief de volgende zin bevat: "Wij hebben vastgesteld dat u geen bereidheid tot en geen verzet tegen opname aan de dag hebt gelegd".

Ik kwam een brief tegen die in begrijpelijke taal uitlegt hoe de Bopz-toets is uitgevallen. Deze brief bevat een alinea waarin wordt gesteld dat de afgegeven indicatie niet automatisch leidt tot opname, dat betrokkene op grond van de Wet Bopz bezwaar tegen opname kan maken, dat betrokkene tijdens het onderzoek geen blijk van bezwaar heeft gegeven en dat hij daarom kan worden opgenomen, tenzij hij alsnog bezwaar maakt. Ik kwam ook een brief tegen die uitlegt dat voor opname in een pg-verpleeghuis in de meeste gevallen een Bopz-verklaring nodig is, dat het RIO zo'n verklaring slechts afgeeft als aan twee voorwaarden is voldaan (geen bereidheid en geen verzet, zich niet buiten de inrichting kunnen handhaven), dat tijdens het onderzoek is gebleken dat betrokkene zich tegen opname verzet, en dat een opname daarom uitsluitend kan worden gerealiseerd met een RM. Tot slot maak ik melding van een RIO dat aan de betrokkene twee brieven toezendt: een brief met de AWBZ-indicatie en een brief met het Bopz-oordeel.

De in de vorige alinea weergegeven brieven zijn gunstige uitzonderingen. Als men het geheel overziet, moet men vaststellen dat de betrokkene in de meeste gevallen in het geheel niet over het Bopz-oordeel dat hemzelf betreft, wordt geïnformeerd.

4.2.3.17 Bezwaar en beroep

De meeste RIO's vermelden in de brief waarmee ze de betrokkene informeren over het indicatiebesluit, de mogelijkheid dat iedere belanghebbende bezwaar kan maken tegen het indicatiebesluit, en als hij dan nog niet tevreden is, daartegen beroep kan aantekenen. De termijn waarbinnen bezwaar moet worden gemaakt en de instantie die het bezwaar behandelt, verschillen onderling.

Bij het overgrote deel van de RIO's is vorig jaar geen enkel verzoek tot heroverweging binnengekomen. Bij enkele RIO's kwamen een of enkele verzoeken binnen. Geen enkel RIO meldt dat vorig jaar iemand in beroep is gegaan bij de rechtbank.

4.2.3.18 Klachten

Enkele RIO's geven aan dat de betrokkene en zijn familie, als zij niet tevreden zijn over de bejegening door het RIO, een klacht kunnen indienen bij de directeur van het RIO en, als dat onvoldoende helpt, vervolgens bij een klachtencommissie.

4.2.3.19 Hoe gaan de RIO's om met vrouwen en allochtonen?

Via de enquête heb ik de RIO's de vraag voorgelegd welke seksespecifieke en etnische aspecten zij bij het uitvoeren van hun werk van bijzonder belang achten. Deze vraag leverde weinig response op.

Een RIO wijst erop dat wanneer van een echtpaar één van de partners dementeert, een opname meestal langer kan worden uitgesteld als de man dement wordt, aangezien vrouwen in het algemeen beter in staat zijn langdurige en intensieve zorg te bieden dan mannen.

Verschillende RIO's pleiten ervoor om allochtonen goed voor te lichten (mondeling en schriftelijk) over de achtergrond van de Bopz-toets. Een ander RIO merkt droog op dat, als je de ratio van de Bopz-toets al niet aan Nederlanders kunt uitleggen, dat dan zeker niet lukt aan buitenlanders.

Enkele RIO's antwoorden dat men bij de Bopz-toets alert moet zijn op seksespecifieke en etnische aspecten waarop men in de hele zorg moet letten. Zij kunnen geen aspecten noemen die alleen voor de Bopz-toets gelden.

4.2.3.20 Privacybescherming

Wat betreft de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, heb ik in de enquête alleen de vraag opgenomen of het RIO de verzamelde gegevens voldoende beveiligt tegen onbevoegde kennisneming door derden. Ik heb geen aandacht besteed aan andere privacyvraagstukken, zoals de vraag of het RIO uitsluitend gegevens verzamelt die het doel van de indicatiestelling en van de Bopz-toets dienen, de vraag of het RIO zorgvuldig tewerk gaat bij het opvragen van gegevens bij derden, en de vraag of het RIO de rechten van de betrokkene met betrekking tot de gegevens (o.m. op inzage en op verbetering) respecteert. Een overzicht van de privacy-kwesties die bij indicatiestelling spelen, kan men vinden in een door de Registratiekamer uitgebrachte rapport (Ter Linden en Zandee 2000). Dit rapport is gebaseerd op de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) die op 1 september 2001 in werking is getreden als opvolger van de Wet persoonsregistraties (WPR).

Op de enquêtevraag of het RIO de privacygevoelige gegevens van mensen voor wie opname in een pg-verpleeghuis wordt gevraagd, en van hun familie, zodanig bewaart en beheert dat derden daarvan niet kunnen kennisnemen, antwoordde een derde van de RIO's dat dit niet (volledig) het geval is. Eén van de RIO's bij welke de privacybescherming niet in orde was, legde mij uit dat het voor de huisvesting van zijn medewerkers kantoorruimte heeft gehuurd in het gebouw van de thuiszorg, en dat het RIO-archief wordt bewaard in een kamer die vrij toegankelijk is voor de medewerkers van de thuiszorg.

4.2.3.21 Crisisopname zonder Bopz-oordeel

Het komt regelmatig voor dat het RIO bericht krijgt dat in het weekend of in de avonduren een patiënt acuut in een pg-verpleeghuis is opgenomen, met het verzoek de opgenomen patiënt zo spoedig mogelijk te bezoeken en alsnog een indicatie inclusief Bopz-oordeel voor deze patiënt af te geven. Het aantal van deze crisisopnamen dat vorig jaar werd gerealiseerd, varieert van enkele tot enkele tientallen per RIO.

Ik sprak twee RIO's die voor dit soort situaties een zogenaamd crisisprotocol hebben opgesteld. Het ene protocol dat het RIO in samenspraak met het verpleeghuis heeft opgesteld, zegt dat het RIO buiten kantooruren het stellen van een pg-indicatie in een crisissituatie mandateert aan de arts van het verpleeghuis en dat het RIO de indicatie vervolgens zo spoedig mogelijk na opname formaliseert. Het andere protocol dat het RIO in samenspraak met de RIAGG en de verpleeghuizen heeft opgesteld, kan als volgt worden samengevat. Van een crisis is sprake 1. bij een acute gevaarssituatie (die samenvalt met het criterium voor een IBS), of 2. bij overlijden of ziekenhuisopname van de centrale verzorger. Buiten kantooruren mag de RIAGG beslissen of er sprake is van een crisis en, zo ja, dat de wachtlijst mag worden doorbroken. De RIAGG regelt de crisisopname en rapporteert achteraf aan het RIO (met behulp van de ingevulde formulieren, waaronder het Bopz-formulier). Het RIO geeft alsnog een indicatie inclusief Bopz-oordeel af.

De beide RIO's hadden deze crisisprotocollen voorgelegd aan de regionale inspectie voor de gezondheidszorg. In beide gevallen liet de inspectie weten dat zij geen op- of aanmerkingen had. Toen ik de hoofdinspectie hiermee confronteerde, was deze daarover ontstemd: De regionale inspectie had naar haar mening moeten zeggen dat beide protocollen in strijd zijn met de Wet Bopz.

4.2.3.22 Tijdelijke opname zonder Bopz-oordeel

Het komt wel eens voor dat, ter ontlasting van het thuisfront, een opname voor korte duur in een pg-verpleeghuis wordt gerealiseerd, zonder dat daarvoor een indicatie inclusief Bopz-oordeel is

afgegeven. Een RIO vertelde mij dat voor zo'n opname, als deze werkelijk kort blijkt te duren, achteraf niet eens een indicatie wordt gevraagd.

4.2.3.23 Opname zonder papieren (die er wel zijn)

Ruim de helft van de RIO's die de enquête beantwoordden, geven aan dat het wel eens voorkomt dat een pg-verpleeghuis een cliënt voor wie een Bopz-oordeel is afgegeven, opneemt, zonder dat het beschikt over een afschrift van dit oordeel.

In de regel ontvangt het opnemende verpleeghuis de papieren van het RIO of van de zorgtoewijzingscommissie, maar als dat wel eens fout gaat, is kennelijk niet elk verpleeghuis zo zorgvuldig dat het de voor opname aangeboden cliënt pas over de drempel laat, nadat het de papieren in zijn bezit heeft gekregen.

4.2.3.24 De wachttijd voor opname

Zoals eerder is vermeld, verloopt er tussen het afgeven van een pg-indicatie (enige weken nadat de aanvraag bij het RIO is binnengekomen) enerzijds en de opname in een pg-verpleeghuis anderzijds meestal een wachttijd van een aantal maanden. Soms is deze wachttijd zelfs langer dan een jaar. Bij een RIO dat aan zijn pg-indicaties een geldigheidsduur van maximaal een jaar verbindt, kan de wachttijd de duur van een jaar overigens nooit overschrijden.

De Wet Bopz en het Zorgindicatiebesluit houden met de wachttijd geen rekening. Het probleem is dat er tijdens de wachttijd veranderingen kunnen optreden. Bezwaar kan omslaan in bereidheid, en aanvankelijke bereidheid kan veranderen in bezwaar. Ook de mate waarin betrokkene zich buiten een verpleeghuis kan handhaven, kan in de loop van de tijd veranderen. De wetgever geeft niet aan hoe er met deze mogelijkheid tot veranderingen moet worden omgegaan.

In de praktijk gaan de RIO's als volgt met de wachttijd om. Verreweg de meeste RIO's stellen het Bopz-oordeel kort nadat de aanvraag is binnengekomen, tegelijk met de AWBZ-indicatie, vast en bekijken het daarna niet meer opnieuw. Er zijn diverse RIO's die mogelijke veranderingen trachten te ondervangen door in de brief waarmee ze het indicatiebesluit aan de betrokkene meedelen, op te nemen: Wanneer er in uw situatie iets verandert, horen wij dit graag, zodat wij uw geval opnieuw kunnen bekijken. Er zijn ook vrij veel RIO's die het RIAGG en het verpleeghuis verzoeken tegen de tijd dat de opname in zicht komt, opnieuw stil te staan bij de vraag of betrokkene zich verzet en, zo ja, een RM of IBS aan te vragen. Beide pogingen om veranderingen tijdens de wachttijd te ondervangen, leveren overigens niet zo veel op: Het overgrote deel van de demente mensen voor wie opname in een pg-verpleeghuis wordt gevraagd, krijgen kort na de aanvraag een Bopz-oordeel en worden enige maanden nadien met dat Bopz-oordeel opgenomen.

Ik sprak twee RIO's die een stap verder gaan. Zij hebben de verpleeghuizen in hun regio uitdrukkelijk verzocht tegen de opname in de gaten te houden of het maanden tevoren vastgestelde Bopz-oordeel nog klopt. Als dat niet het geval is, dan moet het verpleeghuis dit aan het RIO melden. Daarop wordt de betrokkene opnieuw bezocht door een indicatieadviseur van het RIO en geeft het RIO opnieuw een Bopz-oordeel af. De beide RIO's verzekerden mij dat deze afspraken er regelmatig toe leiden dat een Bopz-oordeel wordt herzien.

Nog een stap verder gaat een RIO dat mij zijn Bopz-protocol toezond. Daarin kwam ik de volgende passage tegen:

"Een AWBZ-indicatie en een Bopz-advies worden niet gelijktijdig in behandeling genomen. Een AWBZ-indicatie geeft de zorgbehoefte aan. Een Bopz-advies geeft een noodzaak tot opname

aan. Wanneer de opname spoedig na de AWBZ-indicatie zal plaatsvinden, worden AWBZ-indicatie en Bopz-advies gelijktijdig afgegeven. In de overige gevallen wordt het Bopz-advies pas gegeven als het moment van opname in zicht is”.

Uit het schriftelijke materiaal van dit RIO kan men afleiden dat de betrokkene in de regel twee keer bezoek krijgt: de eerste keer kort na de aanvraag met het oog op een AWBZ-indicatie, en de tweede keer kort vóór opname met het oog op een Bopz-oordeel.

Ik heb de RIO's die ik interviewde, de vraag voorgelegd of zij het gangbare systeem (inhoudende dat het RIO het Bopz-oordeel kort na de aanvraag vaststelt en het daarbij laat) verdedigbaar vinden. Enkele RIO's vinden van wel: Bij dementen is niet te verwachten dat ze nog vooruitgaan (en dus ook niet dat ze vanuit een aanvankelijke positie van 'geen bereidheid en geen verzet' alsnog verzet gaan plegen). Andere RIO's vinden van niet: Het systeem is naar hun mening in strijd met de bedoeling van de Wet Bopz, aangezien het de rechtsbescherming van de patiënt uit het oog verliest. De hoofdinspectie voor de gezondheidszorg gaf mij desgevraagd als haar mening dat iedere cliënt die in aanmerking komt voor opname in een pg-verpleeghuis, gelijktijdig met de AWBZ-indicatie een voorlopig Bopz-oordeel zou moeten krijgen, en kort vóór opname een definitief Bopz-oordeel.

4.2.3.25 Toezicht op de naleving van art. 60 Wet Bopz

De RIO's vallen niet onder het toezicht van de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ). De inspectie kan het functioneren van de RIO's alleen indirect in de gaten houden, namelijk via het toezicht dat zij houdt op de pg-verpleeghuizen. Bij het bezoeken van een pg-verpleeghuis kan de regionale inspecteur bijvoorbeeld vragen of bij alle nieuwe opnamen de titel van opneming in orde is, en bijvoorbeeld ook hoe het mogelijk is dat een bewoner op wie dwang wordt toegepast, op vrijwillige basis in het huis verblijft.

Uit de gesprekken die ik met enkele medewerkers van IGZ voerde, heb ik de indruk gekregen dat er enkele inspecteurs zijn die hun morele gezag aanwenden om de RIO's te stimuleren de regels van art. 60 Wet Bopz in acht te nemen. Er zijn echter meer inspecteurs voor wie art. 60 geen prioriteit heeft of die zich nogal snel neerleggen bij het niet optimaal vervullen van de Bopz-taak door de RIO's in hun ambtsgebied.

Ik confronteerde mijn gesprekspartners van IGZ met de uitspraken die staatssecretaris Simons destijds heeft gedaan over de activiteiten die de inspectie naar zijn mening zou moeten verrichten om een correcte uitvoering van art. 60 Wet Bopz te waarborgen (Stb. 1993, 566). Simons stelde dat de inspectie erop moet toezien dat patiënten die geen bereidheid en geen verzet ten aanzien van opneming tonen, slechts worden opgenomen met een Bopz-oordeel. Voorts stelde hij dat de inspectie in de gaten moet houden of de indicatiecommissies terecht concluderen dat patiënten geen verzet tegen opneming tonen. Mijn gesprekspartners waren van mening dat men deze activiteiten niet van de inspectie mag verwachten. Het uitvoeren daarvan zou onbegonnen werk zijn.

4.3 De praktijk van de indicatiecommissies

4.3.1 Bronnen

In december 2000 heb ik een vragenlijst toegezonden aan alle 34 indicatiecommissies voor de verstandelijk gehandicaptenzorg. De lijst bevat een aantal vragen over de wijze waarop de commissies de Bopz-taak uitvoeren bij het opnemen van een persoon in een instituut voor verstandelijk gehandicapten. Nadat ik nog een rappelbrief had verstuurd, hadden in april 2001

25 commissies de enquête beantwoord. Dit komt neer op een response van 74%.

Voordat ik de vragenlijst kon versturen, had het mij veel moeite gekost een adreslijst te verkrijgen van de indicatiecommissies voor deze sector. De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) kon mij geen lijst verschaffen. Het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG) beschikte evenmin over een lijst, maar verstreekte mij na enig aandringen een aantal adressen "voor zover die bij ons bekend zijn". Ook de SOMMA, landelijke vereniging van instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap, beschikte niet over de adressen van de indicatiecommissies. Vervolgens werd ik gelukkig geattendeerd op de Adresgids gehandicaptenzorg 2000-2001 uitgegeven door Bohn Stafleu Van Loghum. Deze gids bevatte een adreslijst van de commissies, die overigens op enkele punten niet up to date bleek te zijn. Zo kwam ik met veel getelefoneer uiteindelijk tot een lijst van 34 commissies met adressen en contactpersonen. Het was niet bemoedigend te ervaren dat er kennelijk niemand overzicht van dit veld had.

De vragen van de enquête gingen over het geven van een Bopz-oordeel voor cliënten die in een instelling worden opgenomen (en dus niet over het geven van zo'n oordeel voor cliënten die al zijn opgenomen). Onder de respondenten bleken er vrij veel te zijn die de vragen hadden beantwoord, zonder dat zij praktijkervaring hadden met het geven van een Bopz-oordeel bij de opname van cliënten. Er waren namelijk enerzijds respondenten die de vragen beantwoordden aan de hand van hun handelwijze bij het indiceren van zittende cliënten, terwijl er anderzijds respondenten waren die nog nooit een Bopz-oordeel bij opname van een cliënt hadden gegeven, maar aangaven hoe zij volgens het door hen opgestelde Bopz-protocol zouden moeten handelen. Als gevolg van deze vertekeningen hebben veel van de ontvangen antwoorden maar een betrekkelijke waarde. Daardoor kan de hieronder volgende beschrijving van de wijze waarop de indicatiecommissies de Bopz-taak in de praktijk invullen, op een aantal punten minder gedetailleerd zijn dan de beschrijving die hierboven werd gegeven van het functioneren van de RIO's.

Enkele van de commissies stuurden met de ingevulde enquête een protocol mee. Alles bij elkaar ontving ik slechts een handjevol protocollen. Wat ik daaruit kon destilleren, vindt u in deze paragraaf.

In de zomer van 2001 heb ik een uitvoerig vraaggesprek gevoerd met zeven indicatiecommissies. Ik sprak met de voorzitter, de secretaris, een lid of een delegatie van de commissie. Bij het selecteren van de te interviewen commissies had ik gelet op regionale spreiding en een vertegenwoordiging van grote en kleine commissies. Onder de geïnterviewde commissies bevonden zich twee commissies die de enquête niet hadden beantwoord. De interviews met de indicatiecommissies vormen de belangrijkste bron voor de hieronder volgende praktijkbeschrijving.

De praktijkbeschrijving is mede gebaseerd op de gesprekken die ik heb gevoerd met de functionaris van de hoofdinspectie voor de gezondheidszorg die verantwoordelijk is voor de gehandicaptenzorg, met een regionale inspecteur die zich bezighoudt met deze zorg, met de VGN en met het WOI (werkverband van ouder- en familieverenigingen in instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap).

4.3.2 Algemene gegevens

4.3.2.1 De instituten voor verstandelijk gehandicapten

Opnemingen krachtens art. 60 Wet Bopz kunnen alleen plaatsvinden in zogenaamde ver-

pleeginrichtingen en zwakzinnigeninrichtingen. Het gaat hier om de laatstgenoemde inrichtingen.

Per 1 april 2000 waren als zwakzinnigeninrichting in de zin van de Wet Bopz aangemerkt: de 164 instellingen die met naam en adres worden genoemd in een overzicht dat op 26 juni 2000 is gepubliceerd in de Staatscourant (nr. 120). Onder deze 164 instellingen bevinden zich de algemene zwakzinnigeninrichtingen (AZI's), de instellingen voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG), de instellingen voor licht verstandelijk gehandicapten (LVG) en de inrichtingen voor meervoudig gehandicapten.

Als gevolg van de deconcentratie van de instituten voor verstandelijk gehandicapten zijn er in de afgelopen jaren veel cliënten met minimale begeleiding buiten het inrichtingsterrein, vaak in een gewone woonwijk, gaan wonen. In de vraaggesprekken werd vaak twijfel geuit over de zin van het onder de Wet Bopz vallen van deze woonvoorzieningen. Men vroeg zich af of de Wet Bopz niet beperkt moet blijven tot patiënten die 24-uurs zorg ontvangen. Van de andere kant stelden verschillende respondenten dat ook in gezinsvervangende tehuizen regelmatig dwang op de bewoners wordt toegepast, hetgeen aanleiding zou kunnen geven deze huizen onder de Wet Bopz te brengen. Deze geluiden werden ook al bij de eerste Bopz-evaluatie vernomen.

4.3.2.2 De indicatiecommissies

In het begin van de jaren negentig werd in de meeste WZV-regio's, met een stimuleringssubsidie van de centrale overheid, een commissie opgericht die de indicatiestelling ging verzorgen voor de opneming in zwakzinnigeninrichtingen. Het initiatief tot oprichting van zo'n commissie ging uit van een regionaal samenwerkingsverband van zorginstellingen of van een provinciale raad van de volksgezondheid. Meestal speelde de sociaal pedagogische dienst (SPD) een belangrijke rol bij de totstandkoming. Sommige commissies werden opgehangen aan een regionaal of provinciaal overleg zwakzinnigenzorg (ROZ of POZ), andere aan een SPD. In de ene regio verliep de oprichting van de indicatiecommissie vlotter dan in de andere. Halverwege de jaren '90 verkeerde in sommige regio's de commissie nog in een stadium van oprichting.

Begin 1994 kregen de commissies er een taak bij, namelijk het beoordelen van de noodzaak van opneming ingevolge de Wet Bopz van cliënten die geen bereidheid en geen verzet ten aanzien van opneming aan de dag leggen. Voor een aantal commissies was dit aanleiding een protocol ter uitvoering van de Bopz-taak op te stellen. Het beschikken over zo'n protocol biedt overigens geen garantie dat deze commissies de Bopz-taak ook gingen uitvoeren.

Voor zover ik dat kan overzien, bestaan alle commissies minimaal uit een orthopedagoog of een psycholoog, een arts en een maatschappelijk werker. Deze deskundigen zijn in de regel werkzaam bij instellingen in de regio en zitten op persoonlijke titel in de commissie. Ze doen het commissiewerk 'in de tijd van de baas', aangezien er geen regeling ter financiering van het commissiewerk bestaat. Er zijn enkele commissies die een betaalde voorzitter hebben. Alles bij elkaar is een indicatiecommissie niet veel meer dan een groepje uit verschillende instellingen afkomstige hulpverleners, die op gezette tijden in vergadering bijeenkomen. Het komt vaak voor dat de commissie gebruik maakt van personele en materiële faciliteiten van de SPD.

De indicatiestelling voor opneming in instituten voor verstandelijk gehandicapten was in het jaar 2000 nog behoorlijk versnipperd. Voor de AZI's bestond er in elke van de 34 WZV-regio's een indicatiecommissie. De vijf SGLVG-instellingen hadden elk een eigen indicatiecommissie. Deze commissie vormde zich een professioneel oordeel over de vraag of een aangemelde cliënt in aanmerking komt voor de door de instelling geboden zorg, maar rekende het niet tot haar taak een Bopz-beoordeling uit te voeren (zodat de cliënten in deze instellingen ofwel vrijwillig, ofwel

met een RM werden opgenomen). Uit een gesprek dat ik voerde met een functionaris van een inrichting voor meervoudige gehandicapten, bleek mij dat er in 2000 voor de negen inrichtingen voor meervoudig gehandicapten nog geen indicatiecommissie bestond. De inrichtingen stelden nog zelf de indicatie voor de opnemings van cliënten. De situatie van de ongeveer 20 LVG-instellingen bleek eruit te zien als volgt. Voor het merendeel van deze instellingen werd de indicatiestelling verzorgd door één van de AZI-indicatiecommissies. Er waren echter enkele LVG-instellingen waarvoor de indicatiestelling nog werd uitgevoerd door een aan de instelling gebonden commissie.

Besloten werd het onderzoek te beperken tot de 34 indicatiecommissies voor de AZI's. Hiermee is het overgrote deel van de als Bopz-instelling aangemerkte instituten voor verstandelijk gehandicapten gedekt. Aan de commissies verbonden aan SGLVG-instellingen werd de vragenlijst niet toegezonden, aangezien zij de Bopz-toets niet uitvoeren. De inrichtingen voor meervoudig gehandicapten kregen ook geen vragenlijst, omdat voor deze inrichtingen geen indicatiecommissie bestaat. De aan enkele LVG-instellingen verbonden commissies werden evenmin geënkquêteerd, omdat deze commissies nog geen begin hebben gemaakt om aan de eis van een onafhankelijke oordeelsvorming te voldoen.

De taken van de indicatiecommissies voor de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn per 1 april 2001 overgenomen door het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG). Het LCIG is einde 1999 opgericht met als belangrijkste taken: het invoeren van de indicatiestelling nieuwe stijl (integraal, onafhankelijk en objectief) in de gehandicaptenzorg, het aanbrengen van samenhang tussen de deelsectoren van de gehandicaptenzorg wat betreft de indicatiestelling, en het bij de indicatiestelling invoeren van het door het NIZW ontwikkelde protocol. Sinds april 2001 opereert het LCIG vanuit negen over het land verspreide kantoren. Elk van de LCIG-kantoren bestrijkt een gebied dat voorheen door enkele indicatiecommissies werd bediend. Elk kantoor heeft een aantal indicatiestellers in dienst en beschikt over een of meer multidisciplinaire teams. Het verzorgt niet alleen de indicatiestelling voor de verstandelijk gehandicapten, maar ook voor de zintuiglijk en de lichamelijke gehandicapten. Onlangs is besloten de indicatiestelling voor de gehandicaptenzorg per 1 januari 2002 te laten plaatsvinden door de indicatieorganen. Zie het besluit d.d. 23 mei 2001 tot wijziging van het Zorgindicatiebesluit (Stb. 2001, 265).

Hoewel het heel interessant zou zijn na te gaan tot welke verbeteringen de genoemde overdracht van taken aan het LCIG heeft geleid, in het bijzonder de overdracht van de Bopz-taak, is dit niet bekeken, omdat de voor dit onderzoek beschikbare tijd dit niet toelaat. Zoals in de inleiding is opgemerkt, heeft het onderzoek waarover hier wordt gerapporteerd, betrekking op het jaar 2000. Aan de indicatiecommissies is gevraagd hoe zij in dat jaar functioneerden. Aan ex-leden van de intussen opgeheven commissies is in de zomer van 2001 gevraagd hoe hun commissie in het jaar 2000 haar taak vervulde.

4.3.2.3 AWBZ-indicatiestelling voor opneming in een instelling voor verstandelijk gehandicapten

Uit de interviews heb ik de indruk gekregen dat de door de commissies afgegeven indicaties in veel gevallen betrekking hebben op een cliënt die in de thuissituatie al lange tijd wordt begeleid door de SPD en voor wie de ouders op een gegeven moment besluiten een aanvraag voor opneming bij de indicatiecommissie in te dienen. Het komt ook voor dat opname in een instelling voor verstandelijk gehandicapten wordt gevraagd voor een cliënt die in een gezinsvervangend tehuis verblijft.

4.3.2.4 Bopz-beoordeling voor opneming in een instelling voor verstandelijk gehandicapten

Een regionale inspecteur vertelde mij dat zij, nadat de Wet Bopz in werking was getreden, de instellingen, de SPD'en en de indicatiecommissies in haar ambtsgebied heeft opgeroepen om de zittende cliënten van de instellingen (die geacht werden vrijwillig te zijn opgenomen) te bekijken op de wenselijkheid van een Bopz-indicatie. De drijfveer van de inspecteur was dat er op veel cliënten dwang werd toegepast, zonder dat daarvoor een wettelijke grondslag aanwezig was. Afgesproken werd dat de volgende werkwijze zou worden gevolgd: Een gedragswetenschapper van instituut A zou de dossiers bestuderen van en gesprekken voeren met een aantal cliënten van instituut B en vice versa. De meeste instellingen gaven aan de oproep gehoor. Het resultaat van de operatie was dat gemiddeld ongeveer 85% van de bewoners een Bopz-indicatie kreeg, terwijl 15% van de bewoners een vrijwillige status behield.

De inspecteur vertelde mij verder dat collega's van haar in andere regio's het veld minder onder druk hadden gezet om art. 60 van de Wet Bopz te gaan toepassen of dat de door hen uitgeoefende druk in het veld geen gehoor had gevonden. Het resultaat hiervan is dat in grote delen van het land, jaren na het van kracht worden van de Wet Bopz, aan art. 60 van deze wet nog steeds geen uitvoering wordt gegeven. Deze bewering wordt bevestigd door het onderhavige onderzoek. Via de interviews kwam ik weliswaar nog enkele regio's buiten het ambtsgebied van de genoemde inspecteur op het spoor waarin een operatie Bopz-beoordeling zittende bewoners is uitgevoerd (die overigens leidde tot een aanzienlijk lager percentage Bopz-indicaties), maar verder blijkt uit het onderzoek dat vorig jaar in een aantal delen van het land de Bopz-indicering nog niet of nauwelijks van de grond was gekomen. Dat in een aanzienlijk aantal regio's de indicatiecommissie de Bopz-taak nog niet uitvoert, blijkt ook uit het in het kader van de tweede Bopz-evaluatie door Blankman c.s. uitgevoerde onderzoek. Daaruit komt namelijk naar voren komt dat aan het begin van 2001 ruim een derde van de instellingen voor verstandelijk gehandicapten (35,2%) geen enkele cliënt met een Bopz-indicatie in huis had.

De 25 indicatiecommissies die de enquête beantwoordden, melden dat zij vorig jaar in totaal 1421 Bopz-oordelen hebben gegeven, waarvan er 1364 betrekking hebben op zittende cliënten en 57 op cliënten die van buitenaf in een instituut werden opgenomen. Bij de 1364 Bopz-oordelen voor zittende cliënten merk ik op dat, terwijl het afgeven van een Bopz-indicatie voor een al in het instituut verblijvende cliënt in de psychogeriatric niet zo vaak lijkt voor te komen (paragraaf 4.2.3.14), dit in deze sector veelvuldig gebeurt. Bij de 57 Bopz-oordelen voor cliënten die werden opgenomen, merk ik het volgende op. Als men zich realiseert dat er op jaarbasis ongeveer 1250 cliënten in AZI's worden opgenomen, kan men niet ontkomen aan de indruk dat de indicatiecommissies de Bopz-taak ten aanzien van cliënten die worden opgenomen, in 2000 nog maar ten dele vervulden.

Tot slot geef ik enkele landelijke cijfers betreffende de juridische status van de in instituten

verblijvende verstandelijk gehandicapten. De VGN (2001) zegt dat er ultimo 1999 in alle AZI's tezamen 366.444 cliënten verbleven en dat van deze cliënten een kleine 20% met een Bopz-indicatie was opgenomen, 80% op vrijwillige basis en een verwaarloosbaar aantal met RM of IBS. Uit het onderzoek van Blankman c.s. komt naar voren dat begin 2001 van alle in instituten voor verstandelijk gehandicapten verblijvende cliënten 30% met een Bopz-indicatie was opgenomen, 70% op vrijwillige basis en een verwaarloosbaar aantal met RM of IBS. Als men deze cijfers interpreteert in het licht van de vorige alinea's, dringt zich het beeld op dat de 20 of 30% van de bewoners die met een Bopz-indicatie zijn opgenomen, ongelijk over de instellingen zijn verdeeld: In sommige instellingen verblijven er veel, in andere weinig of geen. Voorts lijkt de veronderstelling gewettigd dat de met een Bopz-indicatie opgenomen bewoners voor een belangrijk deel cliënten zijn die al op vrijwillige basis in een instituut verbleven en tijdens hun verblijf een Bopz-indicatie hebben gekregen.

4.3.3 Hoe gaan de indicatiecommissies om met de procedure en de criteria?

4.3.3.1 Commissies die de Bopz-taak niet uitvoeren

Er waren vorig jaar minstens zeven commissies die de Bopz-taak nog niet uitvoerden. Over de redenen waarom zij de wettelijke taak niet hebben opgepakt, is mij weinig bekend. Eén van de commissies noteert dat zij de Bopz-indicering niet zinvol acht, een andere commissie dat zij het Bopz-onderzoek te belastend acht voor een cliënt die wordt opgenomen, een derde commissie dat zij uit de door betrokkene onder de aanvraag geplaatste handtekening pleegt af te leiden dat betrokkene vrijwillig kan worden opgenomen. Met één van deze commissies voerde ik een gesprek, waardoor ik over de motieven van deze commissie om de Bopz-taak niet uit te voeren, beter ben geïnformeerd. Daarvan laat ik hier een kort verslag volgen.

Toen de Wet Bopz begin 1994 in werking trad, stelde de commissie een Bopz-protocol op. Daarin stond dat, als een cliënt geen bereidheid en geen verzet ten aanzien van opname toont, deze cliënt moet worden bezocht door een gedragsdeskundige om te toetsen of aan het noodzaakcriterium van de wet is voldaan. Omdat de overheid voor het uitvoeren van de nieuwe taak niet met geld over de brug kwam en de hulpverleners in de regio het druk genoeg hadden, is het Bopz-protocol 'in schoonheid gestorven': De commissie heeft de Bopz-indicatiestelling nooit uitgevoerd.

De inspectie drong er bij de commissie op aan de Bopz-taak wel te gaan verrichten, maar deze aandrang was kennelijk niet sterk genoeg om effect te sorteren. Van de intramurale instellingen ging geen enkele aandrang uit. Zij namen de aangeboden cliënten gewoon op, zonder een Bopz-indicatie te verlangen. Een instellingsdirecteur zei: "Hoe zinvol ik de Wet Bopz ook acht voor de rechtspositie van de opgenomen bewoners, in het kader van de opnemings vind ik deze wet onzinnig. Als ik in overtreding ben, arresteren ze me maar".

De voorzitter van deze commissie legde mij uit dat ze haar uiterste best had gedaan de Bopz-toets van de grond te krijgen, maar dat ze haar pogingen had ervaren als 'trekken aan een dood paard'. Overigens had zijzelf ook wel enige twijfel bij de zin van deze toets. Bij een schaarste in het zorgaanbod komt het enigszins verward over om een cliënt die na een lange wachttijd alleen maar dolgelukkig is dat hij kan worden opgenomen, te vragen of hij echt wel wil. De commissievoorzitter deed wat geringschattend over naburige regio's waarin men aan het formulier voor de AWBZ-indicatie een formuliertje over de Wet Bopz had toegevoegd. Het verrichten van een Bopz-beoordeling lange tijd voordat de opname wordt gerealiseerd, had in haar ogen geen enkele zin.

4.3.3.2 Commissies die de Bopz-taak uitvoeren voor zittende bewoners

De inspectie voor de gezondheidszorg, voorheen de geneeskundige inspectie voor de geestelijke volksgezondheid, heeft van het inwerkingtreden van de Wet Bopz af aangedrongen op 'herindicatie' van de zittende bewoners van de inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten. Zie onder meer GIGV (1995). De redenering van de inspectie was de volgende. De cliënten die begin 1994 in de genoemde inrichtingen verbleven, werden geacht daar vrijwillig te verblijven. Op veel van deze cliënten werden middelen en maatregelen toegepast (separatie, fixatie en medicatie). Dat is slechts toegestaan, voor zover de cliënt ermee instemt. Het komt echter regelmatig voor dat een cliënt daarmee niet akkoord gaat. In dat geval moet, om de dwangtoepassing te legitimeren, voor de cliënt een Bopz-indicatie worden aangevraagd. Als de indicatiecommissie een Bopz-indicatie afgeeft, wordt de cliënt onder het regiem van de Wet Bopz gebracht, waardoor hij de rechtsbescherming van deze wet deelachtig wordt (waaronder de verplichting voor de instelling tot melding aan de inspectie).

De inspectie heeft dit standpunt sinds 1994 uitgedragen door acties van de regionale inspecteurs en in geschriften. Laatstelijk schreef de inspectie nog in haar jaarverslag 2000 (IGZ 2001) onder het kopje "Wet Bopz in de gehandicaptenzorg: 40% dwangbehandelingen onzorgvuldig": "Nog steeds is de juridische positie (art. 60 indicatie) voor een aantal mensen die wel dwang ondergaan, niet geregeld. De Regionale Indicatie Organen moeten absolute voorrang verlenen aan cliënten in de gehandicaptenzorg met een artikel-60-indicatie, die vrijheidsbeperking en dwang ondergaan".

Terzijde merk ik op dat het er in dit citaat op lijkt alsof de inspectie van mening is dat de indicatiecommissies wat betreft het afgeven van Bopz-oordelen meer aandacht moeten geven aan de zittende cliënten dan aan de cliënten die worden opgenomen.

Uit het onderzoek komt naar voren dat er minstens negen van de indicatiecommissies een grote operatie Bopz-indicering zittende bewoners hebben uitgevoerd. Het initiatief tot de operatie werd in alle gevallen, mede op aandrang van de inspectie, genomen door het regionale samenwerkingsverband van de instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Bij de uitvoering was een belangrijke rol weggelegd voor de indicatiecommissie. In sommige gevallen kostte het enige tijd de commissie zover te krijgen dat zij deze rol, hoewel zij voor de extra werkzaamheden geen financiële compensatie ontving, op zich nam. Met het uitvoeren van de operatie waren vaak enkele jaren gemoeid. Enkele commissies maakten melding van een vervolgooperatie die eens per halfjaar wordt ondernomen (het verstrekken van een Bopz-indicatie aan de onlangs opgenomen cliënten die daarvoor in aanmerking komen).

De uitvoering van de operatie geschiedde vaak aan de hand van een protocol Bopz-indicatiestelling zittende bewoners. De uitvoering verliep in grote trekken als volgt. De instelling zelf geeft aan welke van haar zittende cliënten naar haar mening in aanmerking komen voor een Bopz-indicatie. De gedragsdeskundigen die verantwoordelijk zijn voor de zorg van de geselecteerde cliënten, stellen over ieder van deze cliënten een concept-rapportje op. De concepten worden vervolgens door een orthopedagoog of psycholoog van een naburige instelling vastgesteld, nadat deze collega de instelling heeft bezocht, de concepten kritisch heeft bekeken en met de geselecteerde cliënten een gesprek heeft proberen te voeren (wat in veel gevallen niet mogelijk blijkt). De vastgestelde rapportjes worden vervolgens voorgelegd aan de indicatiecommissie en al of niet mondeling toegelicht door de rapporteur. De commissie besluit voor de betrokken cliënten een Bopz-oordeel af te geven. Zij geeft de besluiten door aan de instelling, met het verzoek de betrokken cliënten (en hun familie) over hun juridische status te informeren.

Desgevraagd legde men mij uit dat de bezoekende gedragsdeskundige twee criteria aanlegt bij de beoordeling van de hem voorgelegde cliënten:

1. Vertoont de cliënt inderdaad geen bereidheid tot en geen verzet tegen verder verblijf?
2. Is het inderdaad noodzakelijk de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen voort te zetten?

De gedragsdeskundige staat niet stil bij de vraag of de cliënt zich buiten de inrichting zou kunnen handhaven. De hele operatie is erop gericht om alle cliënten op wie vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast, zonder dat zij daarmee instemmen, onder het regiem van de Wet Bopz te brengen.

Het aantal Bopz-oordelen dat de verschillende commissies in het kader van de door hen uitgevoerde operatie hebben gegeven, loopt sterk uiteen. Een commissie noemde enkele honderden oordelen, een andere zelfs duizend oordelen, terwijl er ook commissies waren die melding maakten van enige tientallen oordelen.

Op mijn vraag hoeveel procent van de cliënten van de betrokken instellingen na het uitvoeren van de operatie een Bopz-indicatie had verworven, kreeg ik uiteenlopende antwoorden. De percentages die men noemde, varieerden van 5 tot 95. Toen ik hierop doorvroeg, werd mij duidelijk dat het percentage hoger was in een instelling waarin relatief veel cliënten verblijven met een zware handicap (die niet in staat zijn hun mening over verder verblijf te bepalen).

In dit verband vermeld ik nog dat er een instelling was die voor alle cliënten van de woonniveaus 1 en 2, zonder enige individuele beoordeling, een Bopz-indicatie aanvraag, en dat er een andere instelling was die hetzelfde deed voor alle cliënten van de woonniveaus 1, 2 en 3.

4.3.3.3 Commissies die de Bopz-taak uitvoeren bij het opnemen van cliënten

Het lijkt erop alsof men in deze sector van de gezondheidszorg vooral oog heeft voor de volgende functie van de Bopz-indicatie: Een Bopz-oordeel van een indicatiecommissie brengt de betrokkene onder het regiem van de Wet Bopz, waardoor dwangtoepassing onder bepaalde voorwaarden mogelijk wordt. De primaire functie van de Bopz-indicatie, namelijk om de patiënt te beschermen tegen ongerechtvaardigde opneming, lijkt men minder te zien. Dit leid ik af uit het feit dat naar mijn indruk vrij veel commissies nog geen uitvoering aan de Bopz-taak geven bij de opneming van cliënten, en tevens uit het feit (zie verder hieronder) dat men het heel normaal vindt dat de Bopz-indicatie in een aantal gevallen pas wordt afgegeven, nadat de betrokkene is opgenomen.

Drie van de commissies die ik interviewde, vertelden mij dat zij bij iedere cliënt voor wie opname wordt gevraagd, bekijken of hij tot de groep 'geen bereidheid en geen verzet' behoort en, als dit het geval is, beoordelen of er een opnemingsnoodzaak in de zin van de Wet Bopz aanwezig is. Als de beoordeling positief uitvalt, geven zij een voorlopige Bopz-indicatie af. De beoordeling baseren zij op schriftelijke informatie die haar is aangereikt door een SPD-medewerker die de cliënt heeft bezocht.

Eén van deze commissies zet de voorlopige Bopz-indicatie na verloop van tijd om in een definitieve. Zij volgt daarvoor de volgende procedure. Eens in de drie maanden inventariseert zij alle cliënten die recentelijk in de regio met een voorlopige Bopz-indicatie zijn opgenomen. Deze cliënten worden in hun instelling bezocht door een gedragsdeskundige van een andere instelling. De deskundige maakt een Bopz-rapport op. Aan de hand van dit rapport geeft de indicatiecommissie voor de betrokken cliënt een definitieve Bopz-indicatie af.

De overige twee commissies plegen bij elk voorlopig Bopz-oordeel dat ze afgeven, een schriftelijk verzoek aan het ministerie van VWS te richten om de kosten die aan een Bopz-onderzoek (dat kan leiden tot een definitief Bopz-oordeel) zijn verbonden, te vergoeden. Aangezien deze schriftelijke verzoeken nimmer worden ingewilligd, laten de beide commissies het bij het voorlopige Bopz-oordeel.

Alle drie de commissies voorzien het merendeel van de cliënten die voor opname worden aangemeld, van een voorlopige Bopz-indicatie. Zij noemden schattingen van 90%.

De drie commissies zijn zich er overigens van bewust dat de Wet Bopz de figuur van de voorlopige Bopz-indicatie niet kent. Voorts verdient vermelding dat zij de waarde van de voorlopige Bopz-indicatie sterk relativeren. Zij wezen mij erop dat het invullen van het Bopz-formulier de sluitpost vormt van een uitvoerig gesprek dat een SPD-medewerker met de betrokkene en diens familie of hulpverlener voert en dat vervolgens de commissie het Bopz-formulier en passant meeneemt, zonder ernaar te kijken. Bovendien heeft een oordeel over de bereidheid tot opname en over de noodzaak van opname eigenlijk geen zin als de opname vervolgens nog maanden op zich laat wachten. Vooral om die laatste reden noemde één van deze commissies zo'n Bopz-indicatie "een wassen neus".

In dit verband moet vermeld worden dat twee andere commissies na het van kracht worden van de Wet Bopz gedurende enige maanden bij de opname van iedere cliënt een Bopz-toets hebben uitgevoerd, maar daarna zijn begonnen aan een grote operatie Bopz-indicering zittende bewoners, welke als gevolg had dat de Bopz-toets bij opname in de versukkeling raakte. De opgenomen cliënten werden voortaan bij de volgende ronde Bopz-indicering zittende bewoners 'meegenomen'.

Aan de hand van gegevens die ik van de eerstgenoemde drie commissies verkreeg, en aan de hand van protocollen van enkele andere commissies geef ik hier enkele onderdelen weer van de procedure die zij volgen.

Voor zover ik weet, begint de procedure gericht op het verkrijgen van een Bopz-oordeel tot opname van een persoon in een instituut voor verstandelijk gehandicapten, altijd met een schriftelijk verzoek. Dit verzoek is vaak ondertekend door de familie, maar ook wel door de SPD-medewerker of door een zorginstelling (bijvoorbeeld een gezinsvervangend tehuis). Het komt niet zo vaak voor dat het verzoek door de betrokkene zelf is ondertekend. Als dit wel het geval is, leiden de commissies die ik sprak, daaruit af dat de betrokkene bereid is tot opname en dus vrijwillig kan worden opgenomen, en zullen zij dus geen Bopz-oordeel voor hem afgeven.

De commissies die ik sprak, laten de schriftelijke mededeling dat betrokkene zich tegen opname kan verzetten, systematisch achterwege, omdat, zoals zij zeiden, betrokkene deze mededeling toch niet begrijpt.

Het huisbezoek wordt in de regel uitgevoerd door een maatschappelijk werker van de SPD, vaak zorgconsulent genoemd. De SPD-medewerker begeleidt de cliënt vaak al lange tijd. In één protocol las ik dat het bezoek wordt uitgevoerd door een lid van de indicatiecommissie. De hulpverlener die de cliënt bezoekt, deelt de betrokkene in sommige gevallen niet en in andere gevallen zo goed en zo kwaad als dit gaat mee dat hij zich tegen opname kan verzetten. De belangrijkste reden om de mededeling niet of verhuld te doen, is dat met de cliënt geen communicatie mogelijk wordt geacht.

Om verzet aan te nemen, is het voor vrijwel alle commissies nodig dat het uitdrukkelijk en persistent wordt geuit en een reële betekenis heeft. Gezien deze hoge eisen aan verzet gesteld, komt het zelden voor dat een commissie constateert dat er sprake is van verzet. Zeker zo sterk als in de sector van de psychogeriatricie speelt in deze sector een rol dat men wars is van rechterlijke bemoeienis. Wanneer een commissie bij hoge uitzondering vaststelt dat er sprake is van verzet, deelt zij de verzoeker mee dat zij geen Bopz-indicatie kan afgeven en dat een opname alleen via de rechter mogelijk is. Een opname met een RM of een IBS komt in deze sector zelden voor. Volgens BopzIS-2, zoals weergegeven in IGZ (2001), werden er vorig jaar in alle instellingen voor verstandelijk gehandicapten tezamen 84 mensen met een RM en 16 mensen met een IBS opgenomen.

Terwijl de RIO's mij verzekerden dat vrijwel geen pg-patiënt in staat is blijk te geven van de nodige bereidheid tot opname, vertelden verschillende indicatiecommissies mij dat verstandelijk gehandicapten van een hoger niveau daartoe meestal goed in staat zijn.

Op basis van het rapport van de SPD-medewerker beslist de indicatiecommissie over het afgeven van een Bopz-indicatie. Ik las echter ook een protocol dat zegt dat de voorzitter van de commissie (dus niet de commissie) aan de hand van het onderzoeksverslag uitmaakt of er een Bopz-indicatie komt. Het Bopz-oordeel wordt, voor zover ik weet, in het algemeen niet vastgelegd in een document.

De brief waarmee de indicatiecommissie meedeelt dat zij een AWBZ-indicatie voor opname in een instelling voor verstandelijk gehandicapten afgeeft, wordt in de regel aan de verzoeker en de SPD-medewerker gestuurd, vaak niet aan de betrokkene zelf. De brief maakt vaak geen melding van het Bopz-oordeel. Als dit wel het geval is, wordt soms uitsluitend vermeld dat de commissie heeft geconstateerd dat betrokkene geen bereidheid en geen verzet ten aanzien van opname toont, en niet tevens dat zij heeft vastgesteld dat het noodzakelijk is dat hij wordt opgenomen.

De brief maakt meestal melding van de mogelijkheid bezwaar (en beroep) tegen de uitspraak van de commissie aan te tekenen. Van deze mogelijkheid wordt vrijwel nooit gebruik gemaakt.

Op mijn vraag welke seksespecifieke en etnische aspecten een rol zouden moeten spelen bij het werk van de indicatiecommissie, kreeg ik weinig reacties. Enkele commissies antwoordden dat het van groot belang is om allochtonen goed voor te lichten over de achtergrond en de procedure van de Bopz-toets.

Bij drie van de geïnterviewde commissies was het archief van de commissie toegankelijk voor de medewerkers van de SPD, in het gebouw waarvan de commissie was gehuisvest.

Het komt regelmatig voor dat de commissie in een crisissituatie wordt gepasseerd, dat de cliënt zonder formaliteiten met spoed wordt opgenomen en de commissie na opname wordt verzocht alsnog een Bopz-oordeel voor betrokkene af te geven. Ook zogenaamde vakantie- en logeeropnamen komen regelmatig voor. Dit zijn opnamen van tijdelijke aard, die worden gerealiseerd buiten de commissie om. De omstanders hopen dat de betrokkene, nadat hij eenmaal over de drempel van het instituut is, aan het verblijf zal wennen en zijn verzet zal opgeven. De hoofdinspectie voor de gezondheidszorg deelde mij desgevraagd mee een voorstander van deze figuur te zijn.

Uit het enquêteonderzoek komt naar voren dat het vaak voorkomt dat een cliënt wordt opgenomen, zonder dat de opnemende instelling beschikt over een Bopz-oordeel (dat er is of zou moeten zijn).

Naar aanleiding van de enquête antwoordde een minderheid van de commissies dat zij het Bopz-oordeel vaststellen kort nadat het verzoek bij haar is binnengekomen, en het daarbij laten. Een meerderheid van de commissies antwoordde dat zij het Bopz-oordeel (opnieuw) vaststellen kort voordat de opname kan worden gerealiseerd. Bij de laatste bewering moet worden bedacht dat deze wel eens weinig zou kunnen zeggen over de praktijk, aangezien veel commissies bij het beantwoorden van de bewuste enquêtevraag niet aangaven hoe zij in werkelijkheid werken, maar hoe zij volgens hun protocol zouden moeten werken. In elk geval vertelde geen van de zeven commissies die ik interviewde, mij dat het in het jaar 2000 ooit was voorgekomen dat zij de Bopz-toets pas kort voordat de betrokkene kon worden opgenomen, had uitgevoerd.

Ook in deze sector kreeg ik de indruk dat de aandring die de inspectie op de indicatiecommissies uitoefent tot het naleven van art. 60 Wet Bopz, in het algemeen zo zwak is dat deze weinig effect sorteert. Er zijn nog steeds vrij veel commissies die niet eens een begin hebben gemaakt met het uitvoeren van een taak die de wet hun heeft opgedragen, maar daar kraait geen haan naar. Er zijn wel enkele inspecteurs die hun gezag aanwenden om de commissies aan te sporen tot het naleven van de wet, maar veel inspecteurs houden het al snel voor gezien. Ik geef een voorbeeld dat de laatstgenoemde inspecteurs karakteriseert. Bij een bezoek aan een instelling constateert een inspecteur dat een bepaalde cliënt op wie dwang wordt toegepast, op vrijwillige basis in de instelling verblijft. De inspecteur dringt er bij de instelling op aan voor deze cliënt een Bopz-indicatie aan te vragen. De instelling antwoordt dat de indicatiecommissie niet bereid is Bopz-indicaties voor zittende bewoners af te geven, omdat ze daarvoor niet wordt betaald. De inspecteur legt zich bij de situatie neer. Toen ik mijn verbazing over deze ontkenning liet blijken, rechtvaardigde mijn gesprekspartner het afhaken van de inspecteur met de stelling: "De inspecteur heeft geen enkele bevoegdheid ten opzichte van de commissie. Als de commissie geen Bopz-indicatie wil afgeven, is hij verder uitgepraat".

Tot slot maak ik melding van een klacht van het WOI, inhoudende dat de indicatiecommissie de ouders vaak onvoldoende voorlicht over de achtergrond van de Bopz-toets en vaak niet inlicht over de juridische status van hun kind dat wordt opgenomen. Het WOI is ervan overtuigd dat, als men aan een groot aantal ouders zou vragen naar de juridische status van hun opgenomen kind, de meeste ouders het antwoord schuldig zouden moeten blijven. Overigens blijken ook de sociotherapeuten of groepsleiders de juridische status van de cliënten die aan hun zorg zijn toevertrouwd, vaak niet te kennen. Zie Blankman c.s. (2002) die stellen: "De werkvloer is (...) nauwelijks op de hoogte van de juridische status van bewoners".

5

Toetsing van de praktijk aan het juridisch kader

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal ik de feitelijke uitvoering van art. 60 Wet Bopz zoals deze vorig jaar verliep (die is beschreven in hoofdstuk 4), toetsen aan het juridisch kader (dat is beschreven in de paragrafen 2.5 en 2.7). Ik zal hierbij geen aandacht besteden aan uitvoeringsaspecten die conform de geldende regels verlopen, maar me beperken tot elementen in de uitvoering die in strijd zijn met of op gespannen voet staan met het juridisch kader. Ik zal me beperken tot de belangrijkste elementen. De lezer kan, met de voorafgaande tekst in de hand, desgewenst nog een aantal minder belangrijke elementen opsporen die niet stroken met de wet.

Teneinde de knelpunten die uit dit onderzoek naar voren komen, in een historische context te plaatsen, zal ik vervolgens de belangrijkste knelpunten die bij de eerste evaluatie van de Wet Bopz naar voren zijn gekomen, beschrijven, alsook de voorstellen die toen werden gedaan om deze knelpunten op te lossen. Tot slot zal ik aangeven welke van deze knelpunten vorig jaar nog niet waren opgelost.

5.2 Uitvoeringsaspecten in de psychogeriatric die niet conform het juridisch kader verlopen

1. Enige RIO's voeren de taak die art. 60 Wet Bopz hun heeft opgedragen, nog niet uit.
2. Het komt regelmatig voor dat een pg-verpleeghuis een patiënt opneemt, zonder dat het de Bopz-papieren (die er wel zijn) in zijn bezit heeft. Deze handelwijze is niet in overeenstemming met de Wet Bopz.
3. Het komt met een zekere regelmaat voor dat een pg-verpleeghuis een patiënt die geen bereidheid en geen verzet ten aanzien van opname aan de dag legt, opneemt, zonder dat voor deze patiënt vooraf een Bopz-oordeel is gegeven (crisisopname of kortdurende opname). Deze handelwijze is evenmin in overeenstemming met de Wet Bopz.
4. Een derde van de RIO's laat de schriftelijke mededeling dat betrokkene zich tegen opname kan verzetten, systematisch achterwege.
5. Het komt regelmatig voor dat de deskundige die de betrokkene bezoekt, de mondelinge mededeling dat hij zich tegen opname kan verzetten, niet of in bedekte termen doet.
6. De RIO's werken met een begrip verzet dat veel enger is dan de wetgever heeft bedoeld.
7. De RIO's stellen alles in het werk, inclusief acties die op gespannen voet staan met de Wet Bopz, om de rechter erbuiten te houden.
8. De RIO's toetsen de opnemingsnoodzaak niet, omdat zij vinden dat deze bij een pg-indicatie automatisch aanwezig is.

9. Enkele RIO's geven een Bopz-oordeel af bij alle opnemingen in een pg-verpleeghuis, ook die waarbij de betrokkene zich bereid toont tot of zich verzet tegen opname.
10. Veel RIO's leggen het Bopz-oordeel niet vast in een document. Dit zou men, gezien het karakter van het oordeel, wel mogen verwachten
11. De betrokkene wordt in veel gevallen niet schriftelijk over het Bopz-oordeel geïnformeerd.
12. De RIO's voeren de Bopz-toets in de regel enige maanden vóór opname uit. Zo'n toets heeft, tegen de achtergrond van rechtsbescherming die de Wet Bopz patiënten beoogt te bieden, weinig zin.
13. Een derde van de RIO's beschermt de gegevens van mensen voor wie opname wordt gevraagd, en van hun familie, onvoldoende tegen onbevoegde kennisgeving door derden.

5.3 Uitvoeringsaspecten in de verstandelijk gehandicaptenzorg die niet conform het juridisch kader verlopen

1. Bij de opname van cliënten in SGLVG-instellingen, in inrichtingen voor meervoudig gehandicapten en in enkele LVG-instellingen werd art. 60 Wet Bopz vorig jaar nog niet nageleefd.
2. In een aanzienlijk aantal regio's geeft de indicatiecommissie nog geen uitvoering aan de Bopz-taak bij de opname van cliënten in AZI's.
3. Er worden dus aan de lopende band mensen in instellingen voor verstandelijk gehandicapten opgenomen, zonder dat een indicatiecommissie heeft bekeken of er voor hen een Bopz-oordeel moet komen.
4. Het komt met een zekere regelmaat voor dat een instituut voor verstandelijk gehandicapten een cliënt die geen bereidheid en geen verzet ten aanzien van opname toont, opneemt, zonder dat voor deze cliënt vooraf een Bopz-oordeel is gegeven (crisisopname of kortdurende opname).
5. Als het tot de indicatiecommissie gerichte verzoek is ondertekend door de betrokkene zelf (hetgeen zelden voorkomt), lijken veel commissies daaruit af te leiden dat de betrokkene bereid is tot opname. Deze conclusie is onjuist.
6. Veel commissies laten de schriftelijke mededeling dat betrokkene zich tegen opname kan verzetten, systematisch achterwege.
7. Het komt regelmatig voor dat de deskundige die de betrokkene bezoekt, de mondelinge mededeling dat hij zich tegen opname kan verzetten, niet of in bedekte termen doet.
8. De indicatiecommissies werken met een begrip verzet dat veel enger is dan de wetgever heeft bedoeld.
9. De indicatiecommissies stellen alles in het werk, inclusief acties die op gespannen voet staan met de Wet Bopz, om de rechter erbuiten te houden.
10. Veel indicatiecommissies leggen het Bopz-oordeel niet vast in een document. Dit zou men, gezien het karakter van het oordeel, wel mogen verwachten.
11. De betrokkene wordt in veel gevallen niet schriftelijk over het Bopz-oordeel geïnformeerd.
12. Het ziet ernaar uit dat de indicatiecommissies die de Bopz-taak uitvoeren bij de opname van cliënten, de Bopz-toets in de regel enige maanden vóór opname uitvoeren. Zo'n toets heeft, tegen de achtergrond van de rechtsbescherming die de Wet Bopz patiënten beoogt te bieden, weinig zin.
13. Een aantal indicatiecommissies beschermt de gegevens van mensen voor wie opname wordt gevraagd, en van hun familie, onvoldoende tegen onbevoegde kennisgeving door derden.

5.4 Knelpunten ten tijde van de eerste Bopz-evaluatie

In deze paragraaf geef ik een overzicht van de belangrijkste knelpunten ten aanzien van de uitvoering van art. 60 Wet Bopz die bij de eerste evaluatie van deze wet, vijf jaar geleden, werden gesignaleerd. Ik baseer dit overzicht allereerst op het door Puts en Knapen uitgevoerde onderzoek naar de indicatiestelling (waarvan het rapport eind 1996 verscheen), het rapport van de evaluatiecommissie (dat eveneens eind 1996 verscheen) en het naar aanleiding van laatstgenoemd rapport geformuleerde kabinetsstandpunt (dat eind 1997 verscheen).

Uit het onderzoek van Puts en Knapen kwam naar voren dat bij het inwerkingtreden van de Wet Bopz veel indicatiecommissies voor de verstandelijk gehandicaptenzorg nog niet klaar waren voor het op zich nemen van de nieuwe taak die deze wet hun opdroeg en dat daardoor de Bopz-taak in deze sector aanvankelijk slechts door enkele commissies werd uitgevoerd en pas na verloop van tijd door wat meer commissies. Voorts stelden Puts en Knapen vast dat de wijze waarop de indicatiecommissies in deze sector de Bopz-taak vervulden, op een aantal punten te wensen overliet. Zo begon in een derde van de gevallen de procedure die moet leiden tot het geven van een Bopz-oordeel, niet met een schriftelijk verzoek, ging in een derde van de gevallen aan een Bopz-oordeel geen huisbezoek aan betrokkene vooraf, en was in meer dan een derde van de gevallen geen schriftelijk pre-advies beschikbaar waarop de commissie haar oordeel kan baseren.

Op basis van het onderzoek van Puts en Knapen benoemde de evaluatiecommissie als knelpunt: de lange wachttijd tussen de opnameaanvraag en de plaatsing. De commissie stelde voor dit knelpunt op te lossen door ook voor de pg-verpleeghuizen en de instellingen voor verstandelijk gehandicapten een opnameplicht te creëren voor opnemingen in het kader van de Wet Bopz. Dit voorstel werd door de minister van VWS verworpen.

Als een volgende knelpunt noemde de evaluatiecommissie dat er bij veel indicatiecommissies onduidelijkheden bestonden ten aanzien van de invulling van enkele in art. 60 Wet Bopz voorkomende begrippen, zoals 'bereidheid', 'verzet' en 'zich niet buiten de inrichting kunnen handhaven'. Om dit knelpunt te lijf te gaan, stelde de evaluatiecommissie voor de indicatiecommissies voor te lichten over deze begrippen. De minister van VWS nam dit voorstel over. Na met waardering te hebben gewezen op de inspanningen die de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), de inspectie en de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuizen (NVVz) zich bij de invoering van de wet al hadden getroost om het veld voor te lichten, moest zij vaststellen dat de onduidelijkheden ten aanzien van de begrippen en de procedure die een rol spelen bij de Bopz-indicering, desondanks niet waren verdwenen. Daarom zou het veld nader worden voorgelicht. Daarbij hebben naar haar mening haar ministerie, de inspectie en de koepelorganisaties een taak.

De evaluatiecommissie liet zich kritisch uit over de extra eisen die in de praktijk aan verzet worden gesteld. Zij merkte daarover het volgende op:

"De Wet Bopz stelt geen nadere eisen aan verzet. In de praktijk worden echter aanvullende eisen gehanteerd. Zo moet het verzet nadrukkelijk en persistent worden geuit en het moet een reële betekenis hebben".

Deze kritische opmerking bracht de evaluatiecommissie tot de volgende aanbeveling:

"Ten behoeve van de praktijk dient rond het begrip 'verzet' een aantal criteria te worden ontwikkeld, bijvoorbeeld ten aanzien van inhoud en persistentie". Uit de context blijkt dat de evaluatiecommissie in deze aanbeveling het oog heeft op zowel verzet tegen opname als verzet tegen

verblijf en behandeling.

De minister van VWS onderschreef deze aanbeveling en gaf daaraan op de volgende wijze een begin van uitvoering. In september 1998 verzocht VWS de NVVz, in samenspraak met de hoofdinspectie voor de gezondheidszorg, een protocol voor het begrip 'verzet' te ontwikkelen dat geschikt is voor alle aangesloten verpleeghuizen.

Dit overzicht van knelpunten die werden gesignaleerd ten tijde van de eerste evaluatie van de Wet Bopz, dient te worden aangevuld met de knelpunten die naar voren kwamen uit twee door de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) gehouden onderzoeken, waarvan de rapporten kort na de publicatie van het evaluatierapport verschenen: een onderzoek naar de toepassing van de Wet Bopz in de verpleeghuiszorg (IGZ 1996a) en een onderzoek naar de toepassing van de Wet Bopz in de verstandelijk gehandicaptenzorg (IGZ 1996b).

In beide rapporten noemt IGZ de problemen die voortvloeien uit de lange wachttijd tussen opnameaanvraag en plaatsing. Zij zoekt de oplossing voor deze problemen in een andere richting dan de evaluatiecommissie. De indicatiecommissie zal er volgens de inspectie in moeten voorzien dat kort voor opname wordt vastgesteld hoe de betrokkene over opname denkt. Dit kan worden bereikt doordat de Bopz-toets pas vlak voor opname wordt uitgevoerd of doordat een al eerder uitgevoerde Bopz-toets kort voor opname wordt gevolgd door een hertoetsing.

IGZ maakt kritische opmerkingen over het aanvragen van een Bopz-indicatie voor een cliënt die op vrijwillige basis in een instelling verblijft, in een geval dat op deze cliënt dwang wordt toegepast. In veel pg-verpleeghuizen is het nog geen usance voor zo'n cliënt een Bopz-oordeel aan te vragen. IGZ zou graag zien dat dit wel gebruikelijk wordt. Wat de verstandelijk gehandicaptenzorg betreft, hebben enkele instellingen hun cliëntenbestand systematisch bekeken op de wenselijkheid van het aanvragen van een Bopz-indicatie, en voor de cliënten voor wie dit wenselijk werd geacht een Bopz-indicatie aangevraagd. De inspectie zou graag zien dat andere instellingen voor verstandelijk gehandicapten dit voorbeeld zouden volgen.

IGZ merkt op dat het regelmatig voorkomt dat men, in een geval dat er duidelijk sprake is van verzet, een RM-procedure tracht te vermijden, omdat men van mening is dat deze zeer belastend en confronterend is voor de familie en de betrokkene. Eén van de manieren om de rechter erbuiten te houden, is het achterwege laten van de mededeling aan de betrokkene dat hij zich tegen opname kan verzetten. De inspectie keurt deze praktijk af. Op deze manier miskent men de restcapaciteiten van de betrokken patiënt. De indicatiecommissie moet zich volgens IGZ realiseren en aan de familie uitleggen dat een RM beoogt de rechten van de patiënt te waarborgen.

Het voorlaatste knelpunt dat de inspectie eind 1996 noemde, is het volgende: "Bopz-indicatiestelling is onbegrijpelijk voor de familie en valt ook niet uit te leggen".

Het laatste knelpunt omschreef IGZ als volgt. De AWBZ-indicatiecommissie bereidt de betrokkene en zijn familie voor op plaatsing. Tegen de tijd dat de plaatsing kan worden gerealiseerd, verwacht de Wet Bopz van de commissie dat zij op formeel juridische wijze een oordeel geeft over de mate van bereidheid van betrokkene zich te laten opnemen en over de noodzaak van opname. De inspectie is van mening dat de Wet Bopz "een innerlijke tegenstrijdigheid in de taak van de commissie (heeft) gebracht". Haar conclusie is: "Het ligt voor de hand deze functies van elkaar te scheiden".

5.5 Welke van deze knelpunten waren vorig jaar nog aanwezig?

Ik heb de knelpunten die ten tijde van de eerste Bopz-evaluatie werden gesignaleerd, stuk voor stuk nagelopen en bekeken of ze anno 2000 nog bestonden. Dit leverde het volgende beeld op:

- Inmiddels vervullen waarschijnlijk meer indicatiecommissies voor de verstandelijk gehandicaptenzorg de Bopz-taak dan eind 1996, maar een aanzienlijk aantal vervult deze taak nog niet.
- Het lijkt erop dat de werkwijze van de indicatiecommissies voor de verstandelijk gehandicaptenzorg die de Bopz-taak bij de opnemings van cliënten vervullen, op minder punten te wensen overlaat dan eind 1996 het geval was.
- Er is geen oplossing gevonden voor de problemen die voortvloeien uit de lange wachttijd tussen opnameaanvraag en plaatsing. Enerzijds is het voorstel tot invoering van een opnameplicht door de minister van VWS afgewezen. Anderzijds komt het in de praktijk zelden voor dat het RIO of de indicatiecommissie de Bopz-toets kort voor opname uitvoert of opnieuw uitvoert.
- De onduidelijkheden bij de invulling van enkele in art. 60 Wet Bopz voorkomende begrippen bestaan nog onverkort. Wat het effect is geweest van de voorlichtingsactiviteiten die ten behoeve van de medewerkers van de beide sectoren zijn ondernomen, zal moeten blijken uit het onderzoek dat is ingesteld naar de resultaten van het naar aanleiding van de eerste Bopz-evaluatie opgestelde voorlichtingsplan.
- Aan verzet worden nog steeds drie eisen gesteld die de Wet Bopz niet noemt. Er is nog geen nadere omschrijving van verzet gekomen. Toen ik bij Arcares, de rechtsopvolger van de NVVz, informeerde of het verzoek van VWS om een protocol voor het begrip 'verzet' op te stellen, al was gehonoreerd, kreeg ik te horen dat de NVVz destijds wel bezig is geweest met het formeren van een werkgroep, maar dat deze werkgroep door omstandigheden nooit met haar werkzaamheden is begonnen. De hoofdinspectie voor de gezondheidszorg vertelde mij desgevraagd dat zij drie jaar geleden door de NVVz is uitgenodigd in een werkgroep 'verzet' te participeren, maar dat zij daarna nooit meer iets van de NVVz of Arcares heeft vernomen. Het moet naar mijn mening zeer worden betreurd dat op deze wijze een belangrijke aanbeveling die bij de eerste Bopz-evaluatie werd gedaan, enige jaren in de la is blijven liggen.
- Het lijkt nog lang niet in alle pg-verpleeghuizen usance te zijn geworden voor een vrijwillig opgenomen cliënt op wie dwang wordt toegepast, een Bopz-oordeel te vragen. Inmiddels hebben nog enige instellingen voor verstandelijk gehandicapten hun cliëntenbestand doorgelicht en voor de cliënten voor wie zij dit wenselijk vonden, een Bopz-oordeel gevraagd.
- Dat alles in het werk wordt gesteld een RM-procedure te vermijden, geldt nog onverminderd.
- De Bopz-indicatiestelling is nog even onbegrijpelijk voor de familie.
- De AWBZ-indicering en de beoordeling ex art. 60 Wet Bopz zijn twee functies die nog steeds door één orgaan, in vrijwel alle gevallen gelijktijdig, worden uitgevoerd.

Uit het voorafgaande kan men afleiden dat de meeste knelpunten die eind 1996 naar voren kwamen, vijf jaar later nog steeds bestaan.

6

Biedt de Wet Bopz een geschikt juridisch kader?

6.1 Inleiding

Eén van de door ZonMw geformuleerde onderzoeksvragen luidt: “In hoeverre biedt de Wet Bopz een geschikt en geëigend juridisch kader voor de rechtspositie van deze groepen wilsonbekwamen (psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten)?”. Ik zal eerst toelichten hoe ik deze vraag opvat. De rechten van pg-patiënten en van verstandelijk gehandicapten zijn sedert 1994 geregeld in de Wet Bopz. Er gaan de laatste jaren stemmen op om de regeling van de rechten van deze patiënten uit de Wet Bopz te lichten en over te brengen naar een andere wet. Die andere wet zou – door haar plaats in het geheel van de wetgeving, door haar verbindingen met andere wetten en dergelijke - een geschikter kader bieden voor het regelen van deze materie. De vraag van ZonMw begrijp ik zo: Is het verstandig zich aan te sluiten bij deze stemmen of kan deze materie beter danwel even goed in de Wet Bopz geregeld blijven?

Om misverstanden te voorkomen, merk ik op dat de vraag van ZonMw voor mij niet betekent: Vinden de medewerkers van de beide sectoren van de gezondheidszorg de Wet Bopz een geschikte wet voor hun sector? De vraag van ZonMw betekent voor mij evenmin: Is de inhoud van de bestaande wettelijke regeling adequaat en zinvol?

Bij het beantwoorden van de vraag van ZonMw zoals ik die opvat, zal ik dankbaar gebruik maken van het denkwerk dat al eerder door anderen is verricht (Van Wijmen, Gevers, de werkgroep Smeets en Blankman c.s.). Na dit te hebben samengevat en van enig commentaar te hebben voorzien, zal ik zelf een antwoord op deze vraag geven.

6.2 De beschouwing van Van Wijmen (1997)

Al kort na het van kracht worden van de Wet Bopz is van verschillende zijden gesignaleerd (zie onder meer Gevers 1995 en Van Veen 1995) dat de verhouding tussen de Wet Bopz en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) niet altijd duidelijk is. Theoretisch is duidelijk dat behandeling in de zin van art. 38 Wet Bopz betrekking heeft op ingrepen die zijn gericht op het opheffen van het uit de geestesstoornis voortvloeiende gevaar dat aanleiding was tot de onvrijwillige opneming, en dat elke andere medische behandeling van een onvrijwillig opgenomen patiënt onder de WGBO valt. In de praktijk echter is het voor de hulpverlener niet altijd duidelijk of een bepaalde behandeling onder de regels van de Wet Bopz danwel onder die van de WGBO valt. De Wet Bopz stelt aan dwangtoepassing andere eisen dan de WGBO. Zo moet dwang toegepast op grond van de Wet Bopz aan de inspectie worden gemeld, terwijl deze

eis bij op grond van de WGBO toegepaste dwang niet geldt. Situaties waarbij het lastig is uit te maken of het gaat om een psychische danwel een somatische behandeling, komen relatief vaak voor in pg-verpleeghuizen en instituten voor verstandelijk gehandicapten.

De samenloop van Wet Bopz en WGBO is één van de inconsistenties die Van Wijmen (1997) opmerkt in de wetgeving betreffende de individuele hulpverleningsrelatie die in de afgelopen jaren in Nederland tot stand is gekomen. Van Wijmen noemt nog meer inconsistenties, maar die laat ik hier buiten beschouwing. Hij is uit een oogpunt van rechtsbescherming van de patiënt tevreden met de wettelijke regelingen betreffende allerlei soorten hulpverleningsrelaties die recentelijk tot stand zijn gekomen (waaronder de Wet Bopz en de WGBO), maar acht het gewenst dat tussen deze regelingen bestaande inconsistenties worden weggenomen. Hij noemt drie scenario's die kunnen worden gevolgd om de inconsistenties uit de wereld te helpen:

- Het minst verregaande scenario houdt in dat gelijkgeaarde bepalingen in verschillende wetten op gelijke wijze worden geredigeerd.
- Verder gaat het scenario waarin de WGBO de basisregeling wordt en deze wet via schakelbepalingen naar andere regelingen wordt getransponeerd. Onderdeel van dit stelsel kan zijn: "een afzonderlijke 'Bopz' voor de psychogeriatric en de zwakzinnigzorg".
- De meest radicale oplossing is de volgende. Er komt één wettelijke regeling voor alle soorten hulpverleningsrelaties, met specificaties voor bijzondere categorieën en omstandigheden.

6.3 Het voorstel van Gevers (1998a)

Terwijl Van Wijmen (1997) zich beperkt tot het noemen van de mogelijkheid om de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg uit de Wet Bopz te lichten en daarvoor een aparte wet te creëren, stelt Gevers (1998a) dit voor, echter op grond van een andere redenering. Ik laat zijn redenering hier volgen.

Gevers deed zijn voorstel naar aanleiding van het eind 1997 verschenen kabinetsstandpunt over het rapport van de evaluatiecommissie Wet Bopz (dat eind 1996 was verschenen). In dit standpunt stelt het kabinet onder meer voor de werkingssfeer van de Wet Bopz uit te breiden tot (delen van) verzorgingshuizen, aangezien de dwang die in deze huizen wordt toegepast, om een wettelijke regeling vraagt. Het kabinet is zich ervan bewust dat dit voorstel slechts een deel van de problematiek van dwangtoepassing zonder wettelijke legitimatie zal oplossen. Omdat men de Wet Bopz niet onbeperkt kan oprekken, zegt het kabinet toe zich te zullen beraden op welke wijze een afzonderlijke regeling van dwangtoepassing in instellingen die niet zijn aangemerkt als Bopz-instelling, kan worden vormgegeven. Gevers vervolgt zijn redenering als volgt: "Die gedachtegang is helder, maar zij roept ook een principiële vraag op. Het onderbrengen van psychogeriatric en (delen van de) gehandicaptenzorg in de Bopz is indertijd resultaat geweest van een lastige afweging. Intussen is gebleken (zie evaluatierapport) dat die sectoren inderdaad maar moeilijk in het Bopz-regiem in te passen zijn. Als nu blijkt dat toch nadere wetgeving nodig is voor "belendende" vormen van zorg en verpleging, moet de genoemde afweging dan niet opnieuw worden gemaakt? Beperking van de Bopz tot de psychiatrie zou zeer wel tot eenvoudigere en betere regelgeving kunnen leiden, zowel voor die sector als voor andere".

6.4 Het voorstel van de werkgroep Smeets (2000)

De gedachte om de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg vanuit de Wet Bopz over te hevelen naar een nieuwe wet, is ambtelijk uitgewerkt door de zogenaamde werkgroep Smeets, die daarover in augustus 2000 een nota heeft aangeboden aan de minister van VWS.

Ik beschik niet over een exemplaar van deze nog vertrouwelijke nota. Wat ik erover schrijf, is mij verteld door de twee functionarissen van de hoofdinspectie voor de gezondheidszorg die ik heb geïnterviewd.

De werkgroep Smeets werd in juni 1999 ingesteld door de hoofdinspecteur voor de geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg en thuiszorg, de heer R.M.W. Smeets, psychiater, die tevens fungeerde als voorzitter. De werkgroep ontwikkelde criteria voor verantwoord handelen bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze criteria zouden – als ik het goed heb begrepen – moeten worden gehanteerd in instellingen die personen met een geestesstoornis verzorgen en al of niet zijn aangemerkt als Bopz-instelling. In de door haar opgestelde nota adviseerde de werkgroep de minister een nieuwe wet te ontwerpen waarin de criteria voor verantwoord handelen zijn geregeld ten aanzien van ggz-cliënten in allerlei instellingen, waaronder de verzorgingshuizen. De nieuwe zorgwet zou ook van toepassing moeten zijn op de pg-verpleeghuizen en de instellingen voor verstandelijk gehandicapten, nadat deze uit de Wet Bopz waren gelicht, en op bepaalde zorgsituaties buiten de muren. De werkgroep wacht, een jaar nadat zij de nota bij de minister heeft ingediend, nog steeds op een reactie van de minister.

6.5 Het antwoord van Blankman c.s. (2002)

In het kader van de tweede evaluatie van de Wet Bopz heeft ZonMw de hierboven vermelde onderzoeksvraag (“In hoeverre biedt de Wet Bopz een geschikt en geëigend juridisch kader (...)?”) ook voorgelegd aan Blankman c.s. Ik vat hier samen wat zij op deze vraag hebben geantwoord.

Blankman c.s. stellen dat, wat betreft een regeling van de rechten van mensen die op onvrijwillige basis verblijven in pg-verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten, gekozen kan worden uit drie scenario's:

1. De regeling blijft deel uitmaken van de Wet Bopz, die niet wordt gewijzigd.
2. De regeling blijft deel uitmaken van de Wet Bopz, die op een aantal punten wordt aangepast.
3. De regeling wordt neergelegd in een nieuwe, te ontwerpen wet.

Ik merk op dat deze drie scenario's in grote lijnen overeenkomen met die van Van Wijmen (1997).

Om materiaal te verzamelen ter beantwoording van de onderzoeksvraag, hebben Blankman c.s. een groot aantal medewerkers uit de beide sectoren de vraag voorgelegd of zij de Wet Bopz een geschikte wet voor hun sector vinden. Op deze vraag antwoordden de medewerkers dat zij de geest van de wet goed vinden en dat de wet tot een aantal verbeteringen in de zorg heeft geleid, maar dat de wet tevens een aantal tekortkomingen vertoont, namelijk:

1. De wet is geschreven voor de psychiatrie, waardoor de terminologie onvoldoende aansluit op de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg ('geneesheer-directeur' en 'het opheffen van de geestesstoornis').
2. De wet biedt de zorgverleners te weinig handelingsruimte.
3. De wet vergt te veel administratieve handelingen.
4. De wet gaat uit van het tijdelijk toepassen van middelen en maatregelen, terwijl in de beide sectoren het toepassen daarvan vaak een structureel karakter heeft.
5. Het instellingsgebonden karakter van de wet sluit niet aan bij de ontwikkeling om de zorg steeds meer te verschuiven naar buiten de muren van de instelling.
6. In de dagelijkse praktijk komen de zorgverleners regelmatig situaties tegen, waarbij het voor hen niet duidelijk is of ze onder de Wet Bopz danwel onder de WGBO vallen.

Op 14 september jl. belegden Blankman c.s. twee invitational conferences om de voorlopige resultaten van hun onderzoek te toetsen. De deelnemers aan de conferentie betreffende de psychogeriatricie kozen voor scenario 3: De regeling van de interne rechtspositie moet worden neergelegd in een aparte zorgwet, die is gebaseerd op de WGBO en die niet instellingsgebonden is. De deelnemers aan de conferentie betreffende de verstandelijk gehandicaptenzorg kozen voor scenario 2: De regeling van de interne rechtspositie blijft deel uitmaken van de Wet Bopz, met dien verstande dat daarin enkele begrippen beter worden gedefinieerd en dat de uitvoering van de wet wordt verbeterd.

Blankman c.s. maken zelf de volgende keuze. Aangezien het ontwerpen van een nieuwe wet veel tijd kost, kiezen zij vooralsnog voor scenario 2. Maar tevens moet er onmiddellijk een werkgroep worden geformeerd (waarin de overheid en het veld zijn vertegenwoordigd) die ervoor zorgt dat op termijn een nieuwe wet wordt ontworpen. De nadruk van deze wet moet liggen op behandelen en verzorgen in plaats van op opname. Aansluiting kan worden gezocht bij de nota van de werkgroep Smeets over criteria voor verantwoord handelen bij vrijheidsbeperkende interventies. De nieuwe wet moet geen instituutgebonden karakter hebben. In de wet moeten de uitgangspunten van de Wet Bopz terugkeren (omdat het veld deze onderschrijft).

6.6 Mijn antwoord op de vraag van ZonMw

De redenering van Gevers (1998a) dat, als men de Wet Bopz beperkt tot de psychiatrische ziekenhuizen en voor de zorgsector (de pg-verpleeghuizen, de verzorgingshuizen en de instellingen voor verstandelijk gehandicapten) een aparte wet maakt, dit voor zowel de psychiatrie als de zorgsector zal leiden tot meer eenvoudige en betere regelgeving, overtuigt mij volledig. Hierbij moet worden bedacht dat Gevers het oog heeft op de interne rechtspositie van de patiënten. Gevers' benadering zou ik die van een systematicus willen noemen: Het gebouw van de wetgeving ziet er beter uit als deze onderwerpen over twee kamers worden verdeeld dan wanneer ze één kamer moeten delen.

De argumenten van Blankman c.s. (2002) om een nieuwe wet die aan bepaalde eisen voldoet, een beter kader dan de Wet Bopz te achten voor het regelen van de interne rechtspositie van deze patiënten, overtuigen mij eveneens. De belangrijkste van de door hen genoemde argumenten lijken mij dat in een nieuwe wet het instellingsgebonden karakter kan komen te vervallen en dat de samenloop van Wet Bopz en WGBO bij dwangtoepassing kan worden opgelost.

Nu ik het met Gevers en Blankman c.s. eens ben dat de interne rechtspositie van deze patiënten beter kan worden geregeld in een nieuwe zorgwet, is de vraag of dit voor de externe rechtspositie van deze patiënten eveneens geldt. Deze vraag zou ik niet met ja willen beantwoorden. De lacunes die de externe rechtspositieregeling van deze patiënten vertoont (vooral het niet geregeld zijn van de vragen die de lange wachttijd tussen opnameaanvraag en plaatsing oproept), zullen mijns inziens niet eerder of beter kunnen worden gedicht, als deze regeling wordt overgebracht naar een zorgwet. Ook de problemen die er bestaan bij het uitvoeren van de regeling, zullen niet gemakkelijker of beter kunnen worden opgelost binnen het kader van een andere wet dan binnen dat van de Wet Bopz. Het is dus naar mijn mening lood om oud ijzer of deze externe rechtspositieregeling onderdeel blijft van de Wet Bopz danwel naar een te creëren zorgwet verhuist.

7

Conclusies en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk vermeld ik de belangrijkste conclusies die het onderzoek heeft opgeleverd. Tevens formuleer ik hierin enige daarop aansluitende aanbevelingen, die zijn bedoeld voor de minster van VWS.

Zeven jaar nadat de Wet Bopz in werking is getreden, vervult een aanzienlijk aantal indicatiecommissies de hun door art. 60 van deze wet opgedragen taak nog niet. Hetzelfde geldt voor enige RIO's. De commissies en de RIO's die de Bopz-taak wel vervullen, doen dit vaak op een gebrekkige manier.

Deze bedroevende situatie anno 2000 is naar mijn mening mede te wijten aan het niet altijd even gelukkige beleid dat de overheid heeft gevoerd. In 1991 bezwoor staatssecretaris Simons de Tweede Kamer, om deze te winnen voor de goedkope oplossing die hij had bedacht voor de opnemng van mensen in pg-verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen, dat de procedure van art. 60 Wet Bopz even veel waarborgen voor een zorgvuldige besluitvorming bevat als de RM-procedure, en voorts dat de commissie van art. 60, om de vraag te beantwoorden of iemand onvrijwillig moet worden opgenomen, even gekwalificeerd is als de rechter. Beide beweringen zijn niet bewaarheid. Ook stelde Simons voor de uitvoering van art. 60 in de zwakzinnigenzorg op te dragen aan indicatiecommissies die in een aantal regio's nog niet of nauwelijks bestonden, die niet wettelijk waren geregeld, die hun werk op zeer uiteenlopende wijzen uitvoerden, en waarbij niet duidelijk was welke organisatie verantwoordelijk was voor hun oprichting en instandhouding. Een andere, minder gelukkige manoeuvre van de overheid was mijns inziens het besluit dat staatssecretaris Terpstra in 1997 nam om, nadat ze nog geen jaar eerder had besloten dat de werkwijze van de RIO's uniform moet worden geregeld, deze werkwijze grotendeels aan de RIO's zelf over te laten.

Uit dit onderzoek zijn veel knelpunten naar voren gekomen die vorig jaar bij de uitvoering van art. 60 Wet Bopz bestonden. De belangrijkste knelpunten zijn naar mijn mening:

- De RIO's en de indicatiecommissie hanteren een begrip verzet dat veel enger is dan de wet heeft bedoeld.
- Zij voeren de Bopz-toets in de regel enige maanden voordat de betrokkene kan worden opgenomen, uit.
- Zij nemen de eisen die de wet aan hun werkwijze stelt, soms, regelmatig of vaak niet in acht (schriftelijke en mondelinge mededeling dat betrokkene zich tegen opnemng kan verzetten, toetsing aan het noodzaakcriterium, vastlegging en bekendmaking van het Bopz-oordeel).
- Er zijn nog steeds RIO's en indicatiecommissies die de taak die de Wet Bopz hun heeft opgedragen, niet uitvoeren, zonder dat daar een haan naar kraait.

De vraag is nu: Wat te doen met deze knelpunten? De eerste mogelijkheid is ze gewoon te laten voortbestaan. Dat kost geen geld en vergt geen inspanning van de wetgever en evenmin van de uitvoerders van de wet. Het nadeel van deze optie is dat menige indicatiecommissie een ritueel blijft uitvoeren waarvan zij de zin niet begrijpt en dat vaak ook weinig zin heeft, en dat menige andere commissie een kwaad geweten heeft dat zij dit ritueel nog steeds niet uitvoert.

Bij het schrijven van het voorstel voor dit onderzoek veronderstelde ik dat de knelpunten die het onderzoek aan het licht zou brengen, voor een belangrijk deel zouden kunnen worden opgelost door voor de RIO's en de indicatiecommissies een landelijk voorbeeldreglement te ontwerpen. Daarom stelde het Trimbos-instituut zo'n reglement aan opdrachtgever ZonMw in het vooruitzicht. Nu het onderzoek is voltooid, lijkt het echter niet verstandig een reglement te gaan opstellen. De situatie die ik heb aangetroffen, vraagt om meer dan het verhelderen van de criteria en het optimaliseren van de procedure. Het onderzoek heeft structurele problemen blootgelegd, waarvan eerst bekend moet zijn in welke richting wordt gedacht voor een oplossing daarvan, voordat het zin heeft om een voorbeeldreglement op te stellen.

Een derde denkbare optie is het schrappen van art. 60 Wet Bopz. Mensen die geen bereidheid en geen verzet ten aanzien van opneming in een pg-verpleeghuis of een instituut voor verstandelijk gehandicapten tonen, worden voortaan zonder oordeel van een commissie opgenomen. Alleen mensen die zich tegen opname verzetten, worden nog met een Bopz-maatregel opgenomen (een RM of IBS). Alle overige mensen worden voortaan vormloos opgenomen. Uit de parlementaire geschiedenis (paragraaf 2.2) kan men afleiden dat de wetgever destijds van mening was dat deze optie onverenigbaar is met het EVRM en de Grondwet. Daarom zal deze optie waarschijnlijk niet haalbaar zijn. Niettemin verdient het overweging opnieuw te onderzoeken of de bedoelde incompatibiliteit inderdaad bestaat.

Als het EVRM en de Grondwet vereisen dat bij mensen die geen bereidheid en geen verzet ten aanzien van opneming tonen, de noodzaak van opneming wordt beoordeeld door een onafhankelijke instantie, komt optie vier aan de orde: De gesignaleerde knelpunten passeren één voor één de revue en per knelpunt wordt bekeken hoe het het beste kan worden aangepakt. Deze optie wil ik, indien optie drie niet haalbaar blijkt, van harte aanbevelen, hoewel zij geld zal kosten en van de wetgever en het veld inspanningen zal vragen. In de rest van dit hoofdstuk zal ik deze optie uitwerken.

Het begrip verzet moet naar mijn mening worden omschreven door een door de minister ingestelde werkgroep waarin ook het veld is vertegenwoordigd. Als de werkgroep tot de conclusie komt dat blijven binnen de door de wetgever getrokken grenzen, een begrip verzet oplevert dat in de praktijk onhanteerbaar is, zal de wetgever zich opnieuw over de invulling van 'verzet tegen opneming' moeten uitspreken.

Het probleem van de lange wachttijd tussen opnameaanvraag en plaatsing zou theoretisch kunnen worden opgelost door voor de pg-verpleeghuizen en de instituten voor verstandelijk gehandicapten de verplichting in te voeren alle cliënten die een Bopz-indicatie hebben gekregen, binnen enkele dagen op te nemen. Als deze verplichting wordt gecreëerd, zullen de instellingen daaraan echter naar alle waarschijnlijkheid niet kunnen voldoen, aangezien het gaat om een groot aantal cliënten of daarom zou moeten gaan. Deze oplossingsrichting lijkt dus praktisch niet haalbaar.

Een andere mogelijkheid om het probleem van de lange wachttijd op te lossen, is dat de AWBZ-beoordeling en de Bopz-beoordeling van elkaar worden losgemaakt: De eerstgenoemde beoordeling wordt kort na de opnameaanvraag uitgevoerd, terwijl de laatstgenoemde pas wordt

uitgevoerd korte tijd voordat de betrokkene kan worden opgenomen. Voor deze mogelijkheid moet mijns inziens worden gekozen. Misschien moet het uitvoeren van de Bopz-toets niet langer worden verzorgd door het RIO of de indicatiecommissie, maar worden opgedragen aan de zorgtoewijzings- of plaatsingscommissie. Hoe dit ook zij, er zullen twee huisbezoeken aan betrokkene moeten worden gebracht, één om de AWBZ-beoordeling voor te bereiden en één om de Bopz-beoordeling voor te bereiden.

Als de hier voorgestelde verandering wordt doorgevoerd, zullen niet alleen de rechten van de betrokkene beter worden beschermd, maar zal ook de ratio van de Bopz-toets duidelijk worden. Zolang de Bopz-toets in tijd gescheiden is van de opneming (waarop hij juist is gericht), is het bijzonder lastig te begrijpen wat de zin ervan is.

Dat de door art. 60 Wet Bopz voorgeschreven procedure in de praktijk niet altijd wordt nageleefd, is wel enigszins begrijpelijk als men bedenkt dat zowel het deskundigenteam van het RIO als de indicatiecommissie bestaat uit hulpverleners, die soms weinig affiniteit hebben met juridische normen en het toetsen aan een wettelijk criterium, en die er vaak meer op uit zijn de opname op een harmonische manier te laten verlopen dan zich kritisch af te vragen of opname echt wel noodzakelijk is. De vraag is hoe men hieraan enig tegenwicht kan bieden. Ik stel twee maatregelen voor om te bevorderen dat de commissies die de Bopz-toets uitvoeren, de Wet Bopz beter gaan naleven.

Op de eerste plaats zou de overheid de procedure en de criteria van art. 60 Wet Bopz, los of in elk geval helder onderscheiden van de procedure en de criteria van de AWBZ, moeten uitwerken in een besluit dat bindend is voor alle commissies. De tijd waarin de commissies grotendeels zelf kunnen uitmaken hoe zij te werk gaan, kunnen wij wat mij betreft beter achter ons laten.

Op de tweede plaats zou het mijns inziens aanbeveling verdienen in alle commissies een jurist op te nemen die fungeert als voorzitter en bewaakt dat de voorgeschreven procedure wordt gevolgd en dat de wettelijke criteria juist worden geïnterpreteerd. Het voorstel een jurist in de indicatiecommissies op te nemen, werd destijds door staatssecretaris Simons afgewezen, omdat – zo schreef hij – de toentertijd bestaande commissies al voldoende waren toegerust om een zorgvuldige opnemingsprocedure te waarborgen (Stb. 1993, 566). Intussen is gebleken dat veel commissies daarvoor niet voldoende zijn toegerust.

Het zou naar mijn mening beter zijn als men nog een stap verder gaat dan het opnemen van een jurist in de commissie die de Bopz-toets uitvoert. Men zou een speciale rechtbankkamer kunnen creëren, waarvan behalve een rechter ook enkele deskundigen uit de sector deel uitmaken. Aan deze kamer zou men kunnen opdragen te beslissen over de opneming in pg-verpleeghuizen en in instellingen voor verstandelijk gehandicapten van alle personen die geen blijk geven van de nodige bereidheid tot opneming. Het onderscheid tussen RM en Bopz-indicatie zou dan kunnen vervallen. Wij zijn dan terug bij de constructie die het wetsontwerp Bopz bevatte, zoals het in 1983 door de Tweede Kamer werd aangenomen. Wellicht is de wetgever, na het weinig succesvolle avontuur van de afgelopen zeven jaar, thans wel bereid geld uit te trekken voor een uitbreiding van de rechterlijke macht.

Tot slot sta ik stil bij de vraag hoe kan worden bereikt dat de RIO's en de indicatiecommissies die dat nog niet doen, de Bopz-taak gaan uitvoeren. Naar mijn mening heeft het geen zin de indicatieorganen en -commissies zelf steviger aan te pakken of aan een toezicht te onderwerpen. De organen en commissies moeten immers afwachten of hen een verzoek tot het geven van een Bopz-oordeel bereikt en kunnen niet afdwingen dat eenieder die zo'n oordeel behoeft,

dit ook vraagt. Beter is het de instellingen die de cliënten opnemen, aan te pakken als zij een cliënt opnemen voor wie de aangewezen opnameprocedure niet is doorlopen.

Art. 69 Wet Bopz bepaalt dat hij die opzettelijk iemand wederrechtelijk van zijn vrijheid berooft door deze persoon, zonder dat is gebleken van de nodige bereidheid daartoe, in een psychiatrisch ziekenhuis op te nemen, terwijl hij weet dat de daarvoor benodigde bescheiden als bedoeld in art. 53 niet zijn overgelegd, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaar of met een geldboete van de derde categorie. Art. 53 noemt als bescheiden: de RM-beschikking, de IBS-beschikking en diverse andere rechterlijke besluiten, maar niet het oordeel van een commissie ex art. 60. Dit laatste verbaast mij. Als de wetgever de opnemingsprocedure van art. 60 even serieus neemt als de RM- en IBS-procedure, moet hij het ontbreken van de vereiste papieren in de eerstgenoemde procedure even zwaar opnemen als in de laatstgenoemde. Hoe dit ook zij, mij lijkt dat er thans in elk geval alle aanleiding is om het oordeel van een commissie ex art. 60 op te nemen in de opsomming van art. 53. Daarmee wordt strafbaar hij die een persoon die geen bereidheid en geen verzet ten aanzien van opneming toont, welbewust in een pg-verpleeghuis of inrichting voor verstandelijk gehandicapten opneemt, terwijl hij weet dat de instelling geen Bopz-ordeel in haar bezit heeft.

Als zo'n strafbepaling in het leven wordt geroepen, zal een instelling die een cliënt voor wie een Bopz-ordeel is afgegeven, binnenlaat, zonder dat haar de beschikking van de indicatiecommissie is overgelegd, een straf riskeren. Maar belangrijker is dat een instelling die een cliënt die geen bereidheid en geen verzet ten aanzien van opneming aan de dag legt, maar voor wie geen Bopz-ordeel is afgegeven, binnenlaat, hetzelfde risico zal lopen. In het laatstgenoemde geval zal de instelling het risico van bestraffing slechts kunnen voorkomen door degene die de cliënt voor opname aanbiedt, te adviseren zich eerst tot de indicatiecommissie te wenden met het verzoek voor betrokkene een Bopz-indicatie te geven, en daarna terug te komen.

Literatuur

Blankman c.s. 2002

L.A.P. Arends, K. Blankman en B.J.M. Frederiks, Evaluatie Wet Bopz. Deelonderzoek 3: Interne rechtspositie psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptensector, Den Haag ZonMw 2002.

De Keijzer 1994

J. de Keijzer, 'Psychogeriatrische opnemings volgens de Bopz', Maandblad Geestelijke volksgezondheid 1994, nr. 6/7.

Dijkers

W. Dijkers, 'Toelichting op de Wet Bopz', in: P.J.H. Laurs (red.), Handboek opnemings en verblijf (losbl.), Arnhem: Gouda Quint.

Evaluatiecommissie Wet Bopz 1996

Evaluatiecommissie Wet Bopz, Wet Bopz. Evaluatierapport. Tussen invoering en praktijk, Rijswijk: ministerie van VWS 1996.

Gevers 1995

J.K.M. Gevers, 'De toepasselijkheid van de WGBO bij het ontbreken van een behandelingsovereenkomst', in: J. Legemaate (red.), De WGBO: van tekst naar toepassing, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum 1995.

Gevers 1998a

J.K.M. Gevers, 'Bopz-wetgever let op uw zaak', Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1998, nr. 2.

Gevers 1998b

J.K.M. Gevers, 'Externe indicatiestelling: kanttekeningen bij het zorgindicatiebesluit', Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1998, nr. 6.

GIGV 1995

Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, Eén jaar werken met de Wet Bopz, Rijswijk: IGZ 1995.

GIGV en WVC 1994

Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Bopz in de praktijk, Rijswijk 1994.

IGZ 1996a

Inspectie voor de Gezondheidszorg, De Wet Bopz in de verpleeghuiszorg, Rijswijk: IGZ 1996.

IGZ 1996b

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorg onder beperking, Rijswijk: IGZ 1996.

IGZ 2000

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Gevaar in de Wet Bopz. Het gevaarscriterium bij opname en ontslag, Den Haag: VWS/IGZ 2000.

IGZ 2001

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarrapportage 2000, Den Haag: IGZ 2001.

Kramer en Barnhard 1993

G.J.A. Kramer en M.C. Barnhard, Indicatiestelling en zorgtoewijzing van de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Deel 1: Beschrijving van de huidige gang van zaken, Utrecht: Nzi 1993.

Laurs 1992

P.J.H. Laurs, 'Wat de Bopz in petto heeft voor de psychogeriatric en de gehandicaptenzorg', Het Ziekenhuis 1992, nr. 12.

Laurs en Van Dijke 1993

P.J.H. Laurs en S.A. van Dijke, Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap in botsing met de Bopz?, Utrecht: Medilex 1993.

Laurs en Van Dijke 1995

P.J.H. Laurs en S.A. van Dijke, Bopz & RIAGG-ouderenzorg in trefwoorden, Utrecht: Medilex/NVAGG 1995.

Leenen 2000

H.J.J. Leenen, Handboek gezondheidsrecht. Deel 1. Rechten van mensen in de gezondheidszorg, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum 2000.

Legemaate 1991

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

Minister van VWS 1997

Minister van VWS, Kabinetsstandpunt evaluatie Wet Bopz, Rijswijk: VWS/Justitie 1997.

NVVz 1994

Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, Serie brochures 'De Bopz in verpleeghuizen'. Deel 4. Externe rechtspositie patiënt; opname, verlof en ontslag, Utrecht: NVVz 1994.

Puts en Knapen 1996

P. Puts en M. Knapen, Wet Bopz. Indicatiestelling. De externe rechtsbescherming van psychogeriatriche ouderen en personen met een verstandelijke handicap van 12 jaar en ouder, Rijswijk: ministerie van VWS 1996.

Robben en Van de Schepop 1997

P. Robben en A. van de Schepop, 'Bopz en psychogeriatric: regelen of ritselen', Maandblad Geestelijke volksgezondheid 1997, nr. 2.

Schrijvers en Ravelli 2000

A.J.P. Schrijvers en D.P. Ravelli, Rio, het jongste kind. Tussenverslag van de evaluatie van het Zorgindicatiebesluit, Utrecht: UMC 2000.

Ter Linden en Zandee 2000

A. ter Linden en C.G. Zandee, Zorg voor gegevens bij indicatiestelling, Den Haag: registratiekamer 2000.

Van der Most 1999

J.M. van der Most, 'Indicatieadviesing in de AWBZ. Wettelijk geregelde duisternis', Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1999, nr. 1.

Van Ginneken 1993

P. van Ginneken, "Een zodanig gevaar". Het gevaarscriterium bij gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis, Utrecht: NcGv 1993.

Van Veen 1995

E.B. van Veen, 'De meerderjarige wilsonbekwame patiënt', in: J. Legemaate (red.), De WGBO: van tekst naar toepassing, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum 1995.

Van Wettum c.s. 1994

G.C. van Wettum, M.F. Wesseling en H.F.M. van Oldeniel, Een kwestie van instelling. De Wet Bopz voor indicatiecommissies, gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg, Utrecht: Nzi 1994.

Van Wijmen 1997

F.C.B. van Wijmen, 'Over consistentie van wetgeving. Stroomlijning is gewenst van wettelijke regelingen betreffende hulpverleningsrelaties', Nederlands Juristenblad 1997, afl. 18.

VGN 2001

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Landelijke tabellen cliëntenregistraties 1999, Utrecht: VGN 2001.

Evaluatie

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Deelonderzoek 3: Interne rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector

*Vrije Universiteit Amsterdam
in samenwerking met de Erasmus Universiteit Rotterdam
en de Universiteit Maastricht*

mr. L.A.P. Arends
dr. mr. K. Blankman
mr. drs. B.J.M. Frederiks

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg	9
1.3 Doelstelling en vraagstelling	10
1.4 De onderzoekers	10
1.5 De klankbordgroep	10
1.6 Anonimiteit	11
1.7 Begrippenkader	11
1.8 Wettelijk kader	12
1.9 Opzet van het rapport	16
2 Onderzoeksopzet	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Nadere uitwerking van de onderzoeksvragen	17
2.3 Effectuering onderzoeksvragen	18
2.4 Betrouwbaarheid onderzoek	26
2.5 Verdere rapportage	27
3 Tussen invoering en tweede evaluatie van de Wet Bopz	29
3.1 Inleiding	29
3.2 Nulmeting	29
3.3 Eerste evaluatie Wet Bopz	30
3.4 Kabinetsstandpunt Evaluatie van de Wet Bopz	32
3.5 Bevindingen uit andere rapporten	33
3.6 Jurisprudentie	35
3.7 Stand van zaken interne rechtspositie tot aan de tweede Bopz-evaluatie	38
4 Uitkomsten psychogeriatric	43
4.1 Inleiding	43
4.2 Toelichting op de dataverzameling	43
4.3 Wils(on)bekwaamheid en vertegenwoordiging	45
4.4 Totstandkoming en inhoud zorgplan	47
4.5 Uitvoering zorgplan, dwangbehandeling en middelen of maatregelen	49
4.6 Registratie en melding	57
4.7 Huisregels en beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid	60
4.8 Samenloop met WGBO	61
4.9 Geschiktheid Wet Bopz	61
4.10 Samenvatting en voorlopige conclusie	63

5	Uitkomsten verstandelijk gehandicaptenzorg	65
5.1	Inleiding	65
5.2	Toelichting op de dataverzameling	65
5.3	Wils(on)bekwaamheid en vertegenwoordiging	66
5.4	Inhoud en totstandkoming zorgplan	68
5.5	Uitvoering zorgplan, dwangbehandeling en middelen of maatregelen	73
5.6	Registratie en melding	82
5.7	Huisregels en beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid	86
5.8	Samenloop met WGBO	88
5.9	Geschiktheid Wet Bopz	89
6	Conclusies en aanbevelingen	93
6.1	Inleiding	93
6.2	Psychogeriatric	93
6.3	Verstandelijk gehandicaptenzorg	100
6.4	Tot slot: aanbevelingen geaccentueerd	106
	Literatuur	111
	Lijst van afkortingen	113
	Bijlagen	
1	Vragenlijst	115
2	Verslag invitational conference 'To Bopz or not to Bopz	123
3	Deelnemerslijst invitational conference	135

Samenvatting

In dit deelonderzoek van de tweede evaluatie van de Wet Bopz staat de interne rechtspositie van psychogeriatrische bewoners in verpleeghuizen en verzorgingshuizen, alsmede bewoners in instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg centraal. Er zijn twee onderzoeksvragen:

- In hoeverre zijn de bepalingen van de Wet Bopz bekend en worden deze in de praktijk toegepast?
- In hoeverre vormt de Wet Bopz een geschikt kader om de rechtspositie te waarborgen van de bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en van verpleeghuizen en verzorgingshuizen?

Om deze onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is in de eerste plaats een literatuurstudie (hoofdstuk 3) gedaan, waarbij met name aandacht is besteed aan de nulmetingen, de eerste evaluatie van de Wet Bopz en het kabinetsstandpunt. Daarnaast is geïnventariseerd welke uitspraken door rechters zijn gedaan op het terrein van de interne rechtspositie van bewoners in beide sectoren. In de literatuurstudie is gefocust op de drie centrale begrippen in de Wet Bopz: vrijheidsbeperking, gevaar en verzet. Uit de studie komt naar voren dat in beide sectoren de implementatie nog in volle gang is. Het veld heeft moeite met de invulling van deze begrippen. Met name het begrip verzet stuit op moeilijkheden. In beide sectoren worden eisen gesteld aan verzet, zoals heftigheid, persistentie en oordeelsbekwaamheid. Er blijkt behoefte te zijn aan een concrete invulling hiervan. In de weinige jurisprudentie die er is, komt geen nadere invulling van de genoemde begrippen naar voren. De gevonden rechterlijke uitspraken richten zich met name op de vraag of verzet tegen middelen of maatregelen ook verzet betekent tegen het verblijf. De jurisprudentie op dit punt blijkt niet consistent. Daarnaast komt de vraag aan de orde in hoeverre vrijheidsbeperking - ook - toegestaan is bij vrijwillig opgenomen bewoners op grond van de WGBO. Ook hier is de jurisprudentie niet eenduidig.

Het kabinet onderschrijft de noodzaak van verdere invulling van de verschillende begrippen van de Wet Bopz voor beide sectoren. Het ziet hierin een taak weggelegd voor het veld zelf en voor de koepels. Ook van de Inspectie wordt een actievere rol verwacht, omdat een veelgehoorde klacht is dat deze te weinig met gemelde gegevens doet. Wetswijziging is, zo meent het kabinet, vanwege het beginstadium van implementeren vooralsnog niet aan de orde.

Na onderzoek van de relevante literatuur en jurisprudentie is naar alle instellingen met een Bopz-aanmerking in de psychogeriatric (verpleeg- en verzorgingshuizen) en verstandelijk gehandicaptenzorg een vragenlijst verzonden. Daarnaast zijn in een aantal instellingen op diverse niveau's interviews afgenomen (hoofdstuk 4 psychogeriatric en hoofdstuk 5 verstandelijk gehandicaptenzorg). De respons was dermate groot dat onderzoekers de uitkomsten betrouwbaar achten (60%). Toch is enig voorbehoud op zijn plaats, omdat een specifieke groep instellingen niet gereageerd kan hebben op de enquête. Het non-respons onderzoek gaf daar echter geen directe aanwijzingen voor.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de bepalingen van de wet en de strekking ervan voldoende duidelijk zijn, maar dat er een discrepantie is met de werkbaarheid in de praktijk. De behandeling van de onvrijwillig opgenomen bewoner dient zodanig gericht te zijn op het verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt dat de oorzaak die heeft geleid tot de

onvrijwillige opname, wordt weggenomen. Dit doel dient te worden verwezenlijkt door middel van een behandelplan. In de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatricatie gaat het in tegenstelling tot wat de wet beoogt in de meeste gevallen niet om een tijdelijk verblijf, maar om een verblijf met een permanent karakter. Het door de wet beoogde doel, het wegnemen van de verstandelijke handicap of de dementie, kan feitelijk niet worden bereikt, hetgeen betekent dat de praktijk een eigen invulling moet vinden. Uit het onderzoek komt naar voren dat in de praktijk die eigen invulling niet op een eenduidige wijze plaatsvindt, waardoor andere doelstellingen van de wet zoals transparantie en bescherming niet worden bereikt.

Problemen doen zich in de praktijk allereerst voor bij de opstelling van het behandel- of zorgplan. Winstpunt is dat in beide sectoren doorgaans een zorgplan wordt opgesteld, al kom in de praktijk zorgplannen van wisselende uitvoerigheid en ook wisselende kwaliteit voor. Wat met name opvalt is dat de mate waarin bewoner en/of diens vertegenwoordiger bij de opstelling van het zorgplan participeert van instelling tot instelling verschilt.

Een tweede belangrijk probleem doet zich voor bij de toepassing van middelen of maatregelen. Toepassing ervan kan op drie manieren:

1. Middelen of maatregelen worden toegepast als onderdeel van het zorgplan, met instemming van bewoner en/of vertegenwoordiger.
2. Middelen of maatregelen worden toegepast als onderdeel van het zorgplan, echter ondanks verzet van de bewoner en/of vertegenwoordiger. In dit geval is sprake van dwangbehandeling.
3. Middelen of maatregelen worden toegepast in een noodsituatie.

De eerste wijze van toepassen komt verreweg het meeste voor. Dit komt omdat vertegenwoordigers meestal akkoord gaan met de inhoud van het zorgplan en verzet van de bewoner weinig erkend wordt. Voor middelen of maatregelen die worden toegepast in een noodsituatie, wordt dikwijls in de psychogeriatricatie achteraf aan de vertegenwoordiger toestemming gevraagd, waardoor dit niet als noodsituatie wordt vastgelegd. Voor de tweede en derde wijze is registratie en melding noodzakelijk, voor de eerste niet. Dit betekent dat in het merendeel van de gevallen toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen niet aan toezicht onderhevig is. Aangezien de bewoner in het merendeel van de gevallen als wilsonbekwaam wordt beschouwd en verzet zoals gezegd weinig als zodanig erkend wordt, betekent dit dat extra bescherming in deze gevallen achterwege blijft.

Een derde probleem betreft het registratie- en meldingssysteem dat de Wet Bopz bij toepassing van dwangbehandeling en middelen of maatregelen voorschrijft. Vanwege het vrijheidsbeperkende karakter heeft de wetgever een registratie en meldingssysteem gecreëerd, zodat de toepassing van middelen of maatregelen transparant blijft en bewoners optimaal beschermd kunnen worden. Daartoe dient een instelling enerzijds een goede interne registratie te hebben, waarbij de gegevens liefst ook centraal vastgelegd worden. Daarnaast dient een instelling de toepassing van middelen of maatregelen in die gevallen die de wet voorschrijft ook aan de Inspectie te melden. Uit de gegevens die uit het onderzoek naar voren komen, blijkt dat maar een fractie van het aantal toepassingen dat bij de Inspectie gemeld zou moeten worden, daar ook daadwerkelijk terechtkomt. Verder hebben maar weinig instellingen een goed intern registratiesysteem, dat inzicht geeft in het aantal toepassingen en handreikingen biedt om het beleid met betrekking tot toepassing van middelen of maatregelen zonnodig aan te passen.

In beide sectoren wordt bovendien geworsteld met de overlap die kan optreden met de WGBO. Ook op basis van deze wet kan dwang worden toegepast. Veel casuïstiek is onder te brengen in een grijs gebied, waarbij het niet duidelijk is of nu sprake is van de WGBO of van de Wet

Bopz. Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg is een bijkomend probleem dat veel maatregelen een pedagogisch karakter hebben. Het onderscheid tussen middelen of maatregelen als bedoeld in het besluit middelen en maatregelen en pedagogische maatregelen blijkt in de praktijk moeilijk aan te geven.

Opvallend is tot slot dat in de verstandelijk gehandicaptenzorg ongeveer 70% van de bewoners vrijwillig in de instellingen verblijft. In de psychogeriatric is dit ruim 15%. Dit betekent dat de Wet Bopz op een groot deel van de bewoners niet van toepassing is. Desondanks komt uit het onderzoek naar voren dat middelen of maatregelen in beide sectoren ook bij deze bewonersgroep frequent worden toegepast.

In antwoord op de onderzoeksvragen kan geconcludeerd worden dat de bepalingen van de Wet Bopz voldoende bekend zijn. Bovendien blijkt dat instellingen zich over het algemeen kunnen vinden in de uitgangspunten van de Wet Bopz. Door de komst van deze wet is men in beide sectoren meer gaan nadenken over toepassingen van vrijheidsbeperkingen en wordt er zorgvuldiger gewerkt. De toepassing van de Wet Bopz roept echter grote problemen op. Het begripkader van de Wet Bopz laat zich slecht vertalen naar de praktijk van de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg en de tweede onderzoeksvraag moet daarom ontkennend worden beantwoord. Onderzoekers bevelen dan ook voor de langere termijn een onderzoek aan gericht op het realiseren van een wet die beter aansluit op de zorgpraktijk in deze sectoren en voor de kortere termijn enkele aanpassingen van de Wet Bopz die ertoe zullen leiden dat de rechtspositie van de bewoners beter beschermd zal worden.

1

Inleiding

1.1 Aanleiding

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) is op 17 januari 1994 in werking getreden. Doelstelling van deze wet is om onvrijwillige opnemingen in een psychiatrisch ziekenhuis te realiseren van personen die op grond van een geestelijke stoornis een gevaar voor zichzelf of anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen vormen en vervolgens de rechtspositie van deze onvrijwillig opgenomen personen te waarborgen. Onder een psychiatrisch ziekenhuis wordt ook verstaan een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg en een (psychogeriatrisch) verpleeghuis of een afdeling daarvan (artikel 1 lid h Bopz). De Wet Bopz bevat bepalingen voor zowel de externe als de interne rechtspositie. De externe rechtspositie heeft betrekking op procedures die leiden tot een onvrijwillige opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Het zorgplan¹, dwangbehandeling, toepassing van middelen of maatregelen in noodsituaties, huisregels en beperkingen in de bewegingsvrijheid en klachtenregeling maken allen onderdeel uit van de interne rechtspositie.

Op grond van artikel 71 Bopz zendt de Minister van VWS, in overeenstemming met de Minister van Justitie, binnen drie jaar na de inwerkingtreding van de wet en vervolgens om de vijf jaar, aan de Staten-Generaal, een verslag over de wijze waarop de wet is toegepast. Eind 1996 is het eerste evaluatierapport 'Tussen invoering en praktijk' aangeboden aan beide bewindslieden. Inmiddels is een vijftal jaren verstreken en dient de Minister van VWS aan het begin van het jaar 2002 een voortgangsrapportage aan te bieden aan de Staten-Generaal over het functioneren van de Wet Bopz in de praktijk. Hiertoe heeft de Minister van VWS ZorgOnderzoek Nederland (vanaf 15 juni 2001 ZonMw) opdracht verleend om zorg te dragen voor de tweede wetsevaluatie via het programma Evaluatie Regelgeving. Eind 2000 en begin 2001 zijn in totaal tien verschillende deelonderzoeken van start gegaan. Het onderhavige deelonderzoek heeft als titel 'de interne rechtspositie op grond van de Wet Bopz in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptensector'.

1.2 Sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg

Met de invoering van de Wet Bopz vallen, anders dan in de voorloper van de Wet Bopz namelijk de Krankzinnigenwet van 1884, ook instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleeghuizen onder de werking van de wet. Dit betekent dat deze sectoren voortaan gebonden zijn aan de regels van de Wet Bopz inzake de interne rechtspositie van onvrijwillig opge-

¹ De Wet Bopz spreekt over behandelingsplan (artikel 38 lid 2 Wet Bopz). Aangezien in de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric het zwaartepunt ligt op verzorging en begeleiding in plaats van behandeling wordt voor deze sectoren, in navolging op het kabinetsstandpunt naar aanleiding van het eerste evaluatie-onderzoek, behandelingsplan vervangen door de term zorgplan.

nomen verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten. Deze uitbreiding van de reikwijdte van de wet vereiste een omslag in denken en handelen van hulpverleners werkzaam in een van beide sectoren. Juist omdat het gaat om de introductie van een omvangrijk stuk regelgeving inzake de rechtspositie van onvrijwillig opgenomen, veelal kwetsbare personen, is inzicht in de werking van de Wet Bopz in de praktijk van de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatricie van groot belang. In dit onderzoek is gekozen voor een zoveel mogelijk gelijke wijze van uitvoering van het onderzoek voor beide sectoren. Ondanks de keuze voor een gezamenlijke aanpak is binnen het onderzoek voldoende ruimte opengelaten om per sector in te gaan op specifieke juridische problemen.

1.3 Doelstelling en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verschaffen in de werking van de Wet Bopz in de praktijk en daarbij voort te bouwen op de uitkomsten van het eerste evaluatieonderzoek van deze wet. Op grond van het onderzoek dient inzichtelijk te worden in welke mate de Wet Bopz op dit moment is geïmplementeerd in de zorg aan verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten. Een belangrijke vraag daarbij is of de Wet Bopz een geschikt juridisch kader is voor de rechtspositie van beide doelgroepen. Centraal in de vraagstellingen staat de interne rechtspositie van verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten die onvrijwillig opgenomen² zijn. Een verdere uitwerking van de onderzoeksvragen treft u aan in paragraaf 2.2.

1.4 De onderzoekers

Het onderzoek is op 1 januari 2001 van start gegaan en op 1 oktober 2001 afgerond. Bij het onderzoek waren drie onderzoekers van drie verschillende universiteiten betrokken, met ieder een gevestigde onderzoekstraditie op het terrein van het gezondheidsrecht. Hoewel het onderzoek voor het grootste gedeelte gezamenlijk is uitgevoerd, is een onderverdeling in taken gemaakt. De heer Blankman was verantwoordelijk voor de coördinatie van het onderzoek terwijl de feitelijke uitvoering van het onderzoek werd verricht door de twee andere onderzoekers. De sector verstandelijk gehandicaptenzorg is nader onderzocht door mevrouw Frederiks, die werkzaam is in Maastricht en het onderzoek m.b.t. de sector psychogeriatricie is verricht door de heer Arends, die werkzaam is in Rotterdam.

Het onderzoeksteam kende de volgende samenstelling:

De heer mr. L.A.P. Arends, Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Gezondheidsrecht

De heer dr. mr. K. Blankman, Vrije Universiteit Amsterdam, Sectie Jeugd, Familie- en Gezondheidsrecht

mevrouw mr. drs. B.J.M. Frederiks, Universiteit Maastricht, Cluster Zorgwetenschappen, Sectie Gezondheidsrecht

1.5 De klankbordgroep

Naast een onafhankelijke begeleidingscommissie, die de voortgang van alle deelonderzoeken bewaakte, werd het onderzoek bijgestaan door een klankbordgroep, waarvan de leden afkomstig waren uit de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatricie. Deze had de volgende samenstelling:

² Onder een onvrijwillige opname wordt verstaan een opname op grond van een Bopz-indicatie (artikel 60), een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling.

mw. mr. C.B.M.M. Hoegen-van Tiel, Arcares
mw. drs. M. Lammerse
dhr. mr. J.C.M.J. Monden, tevens lid van begeleidingscommissie evaluatie Wet Bopz
mw. drs. G.C. van Wettum, Noorderhaven, christelijke instelling voor verstandelijk gehandicap-
tenzorg, Den Helder

De leden van deze groep gaven -inhoudelijk- advies ten aanzien van de opzet en de uitvoering van het onderzoek. Daarnaast waren de leden ook afzonderlijk te benaderen voor vragen en adviezen omtrent het onderzoek. Mevrouw Lammerse was op persoonlijke titel tot 1 mei 2001 lid van de klankbordgroep. In totaal kwam de klankbordgroep 4 maal bijeen.

1.6 Anonimiteit

Aan dit onderzoek hebben diverse instellingen uit de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatricie hun medewerking verleend. Daarvoor onze dank. Zonder de betrokkenheid van deze instellingen was het onderzoek niet mogelijk geweest. In het rapport zijn de gegevens van de interviews, het dossieronderzoek en de enquêtes anoniem verwerkt. In dit onderzoek gaat het immers niet om de evaluatie van individuele zorgplannen of instellingen, maar om de evaluatie van de Wet Bopz.

1.7 Begrippenkader

In deze paragraaf wordt een aantal begrippen, die aangehaald worden in dit rapport, nader omschreven.

Bopz-bewoner: degene die op basis van de Wet Bopz (te weten een Bopz-indicatie, inbewa-
ringstelling of rechterlijke machtiging) is opgenomen in een Bopz-aangemerkte instelling.

Bopz-indicatie: een opneming op grond van artikel 60 Bopz.

Zorgplan: een plan als bedoeld in artikel 38 Bopz dat bij de opneming van de bewoner in overleg met de bewoner en of diens vertegenwoordiger wordt opgesteld en afspraken bevat met betrekking tot de behandeling en/of verzorging van die bewoner.

Wilsonbekwaamheid: iemand is wilsonbekwaam, wanneer hij door de ernst of de aard van de handicap of stoornis niet in staat is ter zake een redelijke belangenafweging te maken.

Vertegenwoordiger: iemand, niet zijnde een personeelslid van de instelling, die de belangen van de bewoner behartigt in aangelegenheden met betrekking tot de behandeling of verzorging.

Verzet: elke vorm van feitelijk verzet is verzet, dit kan zowel verbaal als non-verbaal geuit worden door een bewoner. Daarbij is niet relevant of de bewoner wilsbekwaam dan wel wilsonbekwaam is (artikel 38 lid 5 Bopz).

Gevaar: gevaar wordt door de Wet Bopz nader omschreven als gevaar voor zichzelf, gevaar voor anderen of gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen (artikel 1f Bopz).

Dwangbehandeling: het uitvoeren van een niet-overeengekomen zorgplan, dan wel een onder-
deel daarvan, of het bij verzet toepassen van een eerder overeengekomen zorgplan (artikel 38
lid 5 Bopz). Voorwaarde voor de toepassing van dwangbehandeling is dat zij volstrekt noodza-
kelijk is om ernstig gevaar voor de bewoner of anderen af te wenden.

Middelen of maatregelen: de in het Besluit middelen en maatregelen (Stb. 1993, 563) vermelde vijf vormen van middelen of maatregelen: afzonderen, separatie, fixatie, medicatie en toedie-
ning van vocht en voedsel.

Middelen of maatregelen akkoord: middelen of maatregelen die met toestemming van de
bewoner en/of vertegenwoordiger in het zorgplan zijn opgenomen.

Noodsituatie: middelen of maatregelen kunnen buiten het zorgplan om toegepast worden ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie (artikel 39 Bopz). Het gaat om situaties waarbij sprake is van acuut ernstig gevaar voor de bewoner zelf of voor anderen, waarvoor het zorgplan geen voorziening biedt.

Huisregels: huisregels bevatten geen andere regels dan die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in een instelling (artikel 37 lid 1 Bopz).

Beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid: naast algemene beperkingen die in de huisregels vastgelegd kunnen zijn, kan het noodzakelijk zijn dat voor één bewoner nadere beperkingen nodig zijn (artikel 40 lid 3 Bopz).

Registratie: het binnen instellingen intern registreren van toepassingen van dwangbehandeling of noodsituaties. Op grond van artikel 57 Bopz dient elke toepassing van een middel of maatregel in een noodsituatie in een register bijgehouden te worden.

Melding: op grond van artikel 38 lid 6 en artikel 39 lid 3 Bopz dienen instellingen toepassingen van dwangbehandeling of noodsituaties bij Bopz-bewoners te melden aan de Inspectie.

1.8 Wettelijk kader

1.8.1 Inleiding

De Wet Bopz maakt het mogelijk om mensen die in hun geestesvermogens zijn gestoord en daardoor een gevaar vormen tegen hun wil op te nemen in een psychiatrisch ziekenhuis of inrichting. Tegelijk is de wet gericht op het bieden van een adequate rechtsbescherming voor degenen van twaalf jaar of ouder van wie het recht op zelfbeschikking op basis van deze wet wordt ingeperkt. Oorspronkelijk was de wet uitsluitend van toepassing op onvrijwillige opnemingen van psychiatrische patiënten in psychiatrische ziekenhuizen. Pas later werd besloten ook onvrijwillige opnemingen van verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten onder de wet te laten vallen.

Slechts in bijzondere situaties mag een inbreuk worden gemaakt op het zelfbeschikkingsrecht. Van een bijzondere situatie is sprake als aan drie criteria is voldaan:

1. Degene die in zijn geestesvermogens is gestoord, veroorzaakt vanwege die stoornis een gevaar voor zichzelf of voor zijn omgeving (gevaarscriterium)
2. Betrokkene geeft niet te kennen bereid te zijn tot een vrijwillige interventie die het gevaar kan keren (bereidheidscriterium)
3. De inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht is een laatste middel om het gevaar af te wenden (ultimum remedium criterium)

De belangrijkste inbreuken die op het zelfbeschikkingsrecht van een persoon met een geestesstoornis kunnen worden gemaakt, zijn een onvrijwillige opneming en een gedwongen behandeling. De Wet Bopz moet gekarakteriseerd worden als een 'opnamewet', omdat die zich 'primair richt op het couperen van gevaarssituaties en op het beschermen van de rechten van degenen van wie op het zelfbeschikkingsrecht in dat verband een inbreuk wordt gemaakt'. (Handelingen Tweede Kamer Vergaderjaar 1997-1998: 4) De wet heeft niet het behandelen van de geestesstoornis als uitgangspunt: in gevallen dat gevaar kan worden afgewend met een onvrijwillige opneming, dient daarmee te worden volstaan en kan niet worden overgegaan tot dwangbehandeling.

Hieronder volgt een korte uiteenzetting van de belangrijkste bepalingen van de wet, waarbij het accent ligt op de interne rechtspositie van de bewoner van een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg of een psychogeriatrische (afdeling van) een verzorgings- of verpleeghuis.

1.8.2 Onvrijwillige opneming

De Wet Bopz kent drie mogelijkheden om iemand tegen zijn wil op te nemen:

1. De Rechterlijke Machtiging (RM; art. 2 e.v. Bopz)
2. De Inbewaringstelling (IBS; art. 20 e.v. Bopz)
3. De opneming krachtens een indicatie van een speciaal daartoe in het leven geroepen indicatiecommissie (art. 60-indicatie).

Oorspronkelijk bestonden voor psychogeriatrische bewoners en verstandelijk gehandicapten, net als voor psychiatrische bewoners, uitsluitend de eerste twee opnemingsmogelijkheden. De eerste is de reguliere procedure, waarbij de rechter over opneming beslist op basis van eerdergenoemde criteria. De inbewaringstelling is een spoedprocedure, waarbij de burgemeester in eerste instantie over opneming beslist. De criteria zijn bij deze procedure in die zin aangescherpt, dat er sprake moet zijn van een acuut gevaar (art. 20 Bopz).

Destijds realiseerde de wetgever zich dat wanneer het voor psychogeriatrische bewoners en verstandelijk gehandicapten zou blijven bij deze twee opnemingsmogelijkheden, dit naar alle waarschijnlijkheid zou leiden tot een toename van de werkdruk van de rechterlijke macht.

Daarom werd op de valreep besloten voor deze groepen bewoners een aparte opnemingsmogelijkheid te creëren: een opneming via de zogeheten Bopz-indicatiecommissie.

Een Bopz-indicatiecommissie is een niet aan een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg of verpleeg- of verzorgingshuis verbonden commissie. Krachtens het Zorgindicatiebesluit is het Regionaal Indicatieorgaan (RIO) hiertoe voor psychogeriatrische verpleeghuizen aangewezen (art. 1 Zorgindicatiebesluit). Inmiddels is deze bepaling ook van toepassing verklaard voor instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en zal op een nader te bepalen tijdstip in werking treden (Besluit tot wijziging van het Zorgindicatiebesluit in verband met de uitbreiding van de vormen van zorg waarop dat besluit van toepassing is).

Bij de opnemingsprocedure via de indicatiecommissie geldt bovendien een lichtere en meer toegespitste vorm van 'gevaar' dan bij de overige twee vormen van opneming. Iemand van twaalf jaar of ouder kan via een indicatiecommissie worden opgenomen indien:

1. Degene die in zijn geestesvermogens is gestoord geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot opneming, maar daar ook geen bezwaar tegen koestert;
2. Betrokkene zich ten gevolge van de stoornis van de geestvermogens niet buiten de inrichting kan handhaven.

1.8.3 Zorgplan

Als iemand vrijwillig opgenomen is, geldt de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. Wanneer iemand onvrijwillig opgenomen is, treedt de regeling van de interne rechtspositie van de Wet Bopz in werking. Deze regeling staat in dit onderzoek centraal. Allereerst moet de arts die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de Wet Bopz (Bopz-arts) ervoor zorgdragen dat zo spoedig mogelijk een behandelplan wordt opgesteld (art. 38 Bopz). In de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg wordt in dit verband van een zorgplan gesproken. Hij hoeft dit zorgplan niet zelf op te stellen. De wet schrijft niet voor dat de voor de behandeling verantwoordelijke persoon een arts is. Ook een afdelingshoofd of een verzorger zou behandelaar kunnen zijn. De Inspectie was daar echter geen voorstander van. (Keurentjes 1999).

Indien de bewoner wilsbekwaam is, moet het zorgplan in overleg met de bewoner worden opgesteld. Is deze wilsonbekwaam, dan geschiedt de opstelling ervan in overleg met de vertegenwoordiger. Bij de bepaling wie het eerst bevoegd is om een wilsonbekwame bewoner te vertegenwoordigen hanteert art. 38 Bopz eenzelfde rangorde als art. 7:465 BW:

1. de wettelijk vertegenwoordiger van de bewoner
2. de persoonlijke gemachtigde van de bewoner
3. de echtgenoot of partner van de bewoner

4. een ouder, kind, broer of zus van de bewoner

De wet schrijft voor dat het zorgplan erop gericht dient te zijn de stoornis zo te verbeteren, dat het gevaar op grond waarvan de bewoner onvrijwillig in het ziekenhuis moet verblijven, wordt weggenomen. In de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg levert dit een probleem op, omdat in deze sectoren het zwaartepunt op verzorging en begeleiding ligt en niet op behandeling.

1.8.4 Toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn die middelen of maatregelen die een inbreuk maken op de bewegingsvrijheid van bewoners. Strikt genomen vallen hier ook de beschermende maatregelen onder die door de Inspectie in het verleden werden gedefinieerd als: 'verpleegkundige maatregelen, waarmee de ernstig verplegings- en zorgbehoeftige patiënt beschermd wordt tegen lichamelijk letsel.' (GIGV 1990).

Het besluit middelen en maatregelen noemt vijf mogelijke toepassingen:

1. Afzondering, dit is het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een bewoner in een speciaal daarvoor bestemde eenpersoons kamer.
2. Separatie; hieronder wordt verstaan het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een bewoner in een speciaal daarvoor bestemde en door de minister van VWS als separeerverblijf goedgekeurde afzonderlijke ruimte. Separatie is niet toegestaan in verpleeginrichtingen.
3. Fixatie; dit is het op enigerlei wijze beperken van een bewoner in zijn bewegingsmogelijkheden.
4. Medicatie; dit is het onvrijwillig aan een bewoner toedienen van geneesmiddelen.
5. Toediening van voedsel of vocht. Ook dit kan vrijheidsbeperkend zijn, als dit gebeurt tegen de wil van de bewoner in.

De Wet Bopz biedt ruimte om vrijheidsbeperkende maatregelen op drie manieren toe te passen: In de eerste plaats kan de behandelaar met de bewoner, of wanneer deze wilsonbekwaam is met diens vertegenwoordiger, afspreken om middelen of maatregelen als onderdeel van het zorgplan op te nemen. Voorwaarde is echter wel dat zij gericht zijn op verbetering van de stoornis van de geestvermogens van de bewoner. Onder verbetering van de stoornis valt volgens Keurentjes (1999) stabilisering van de stoornis. Zolang er instemming is van de bewoner of zijn vertegenwoordiger, mag dit zorgplan worden uitgevoerd.

Een probleem ontstaat als de bewoner of bij diens wilsonbekwaamheid zijn vertegenwoordiger, zich verzet tegen de uitvoering van (delen van) het zorgplan. In beginsel mag het zorgplan of die delen waartegen verzet bestaat, dan niet worden uitgevoerd, tenzij toepassing noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de bewoner zelf of voor anderen te voorkomen (art. 38 lid 5 Bopz). In dat geval is er sprake van dwangbehandeling.

Daarnaast kan van dwangbehandeling worden gesproken, als de behandelaar in het geheel niet tot overeenstemming is gekomen met de bewoner of diens vertegenwoordiger over de inhoud van het zorgplan.

Tot slot kan het gebeuren dat zich een noodsituatie voordoet, waarin het zorgplan niet voorziet. De wet gaat ervan uit dat noodsituaties zich bij uitzondering zullen voordoen. Een noodsituatie mag derhalve niet al te snel worden aangenomen. In dit geval mogen middelen of maatregelen worden toegepast ter overbrugging van een dergelijke tijdelijke noodsituatie. De wet stelt een maximumtermijn van zeven dagen (art. 39 Bopz). Is daarna verdere toepassing noodzakelijk, dan moet er een voorziening worden getroffen in het zorgplan. In dat geval dient echter wel sprake te zijn van een therapeutisch doel. Bij toepassing van middelen of maatregelen is dat therapeutische doel niet noodzakelijk. Dit onderscheid wordt door de wetgever strikt gehanteerd. (zie Handelingen Tweede Kamer Vergaderjaar 1980-1981: 20)

1.8.5 Registratie en melding

Als er sprake is van dwangbehandeling of toepassing van middelen of maatregelen in een noodsituatie, dan dient de Bopz-arts dit te melden aan de Inspectie. Daartoe bestaan speciaal ontwikkelde formulieren. Ingevolge de art. 38 lid 6 en 39 lid 3 Bopz moet hij uiterlijk bij het begin van een toepassing melden. Verder geeft art. 38 lid 7 aan dat de Inspectie na beëindiging van een toepassing van dwangbehandeling een onderzoek moet instellen of de beslissing tot die behandeling zorgvuldig is genomen en of de uitvoering zorgvuldig is geschied, hetgeen volgens Widdershoven impliceert dat ook de beëindiging van een toepassing van dwangbehandeling gemeld moet worden. (Widdershoven 1997) Aldus is er extern toezicht op inbreuken op de rechtspositie van bewoners.

Met name bij dwangbehandeling speelt daarbij wel de vraag wanneer een toepassing aanvangt en wanneer deze eindigt. In de psychogeriatric worden bewoners dikwijls langdurig aan vrijheidsbeperkende maatregelen onderworpen, bijvoorbeeld aan fixatie vanwege valgevaar. Het gevaar bestaat dan dat van toezicht nauwelijks sprake is, en er derhalve geen bescherming plaatsvindt van de rechtspositie van bewoners. (zo ook Widdershoven (1997)).

In tegenstelling tot dwangbehandeling en toepassing van middelen of maatregelen in een noodsituatie, hoeven vrijheidsbeperkende maatregelen die in het zorgplan worden opgenomen niet te worden geregistreerd en gemeld aan de Inspectie. Ook vrijheidsbeperkende maatregelen die bij wilsonbekwame bewoners worden toegepast, waarbij vertegenwoordigers toestemming hebben gegeven en waar de bewoners overigens geen verzet tonen, hoeven niet te worden gemeld. In dat geval blijven bewoners eveneens verstoken van extern toezicht. Er is dan evenmin sprake van bescherming van hun rechtspositie. Widdershoven (1997) pleit ervoor dat de Inspectie ook in deze situatie toezicht houdt en dus op de hoogte wordt gebracht van een dergelijke toepassing.

In het dossier van de bewoner moet naast het zorgplan, in ieder geval worden vastgelegd of en wanneer er dwangbehandeling is toegepast en wat de redenen zijn die daartoe hebben geleid. Dit geldt ook voor toepassingen van middelen of maatregelen in een noodsituatie. Voor dit laatste geldt bovendien dat er een centraal register dient te worden bijgehouden (art. 56 en 59 Bopz).

1.8.6 Huisregels

Een ander onderdeel van de interne rechtspositie van bewoners betreft de huisregels (art. 37 Bopz). Huisregels gelden voor alle bewoners binnen de instelling. Art. 3 van het Besluit rechtspositieregelen Bopz schrijft voor dat in de huisregels slechts algemene regels mogen staan die betrekking hebben op een ordelijke gang van zaken in de instelling. Deze regels mogen de vrijheid van handelen van de bewoners niet verder beperken dan voor dit doel strikt noodzakelijk is. In de huisregels mogen voorts geen individuele regels staan.

1.8.7 Overige beperkingen

Tot slot kent de Wet Bopz nog enkele andere beperkingen die aan de bewoner kunnen worden opgelegd (art. 40 Bopz).

1. Poststukken kunnen in aanwezigheid van de patiënt worden onderworpen aan een controle op meegezonden voorwerpen;
2. Het recht op ontvangen van bezoek, zoals dit is neergelegd in de huisregels, kan worden beperkt;
3. Het recht op bewegingsvrijheid in en rond de instelling zoals dit in de huisregels is neergelegd, kan worden beperkt;
4. Het recht op vrij telefoonverkeer, zoals dit in de huisregels is neergelegd, kan worden beperkt. Het recht om te mogen bellen met de advocaat, de officier van justitie, de rechter, of de Inspectie kan echter niet worden beperkt.

Voor toepassing van de beperkingen vermeld onder twee tot en met vier, geldt als extra voorwaarde:

1. Van uitoefening van het recht door de bewoner moeten ernstige nadelige gevolgen worden gevreesd voor diens gezondheidstoestand, dan wel
2. Het noodzakelijk is ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis, zoals die in de huisregels is beschreven, of ter voorkoming van strafbare feiten.

Ingevolge art. 61 Bopz mag overigens op bewoners die via de Bopz-indicatiecommissie zijn opgenomen alleen een beperking op het recht op bewegingsvrijheid worden opgelegd en geen van de overige drie beperkingen.

1.9 Opzet van het rapport

Dit rapport bestaat uit 6 hoofdstukken. Nadat in de inleiding een algemeen beeld is geschetst van het onderzoek, wordt in hoofdstuk 2 de opzet van het onderzoek uiteengezet. Belangrijke uitkomsten die in andere relevante onderzoeken naar voren kwamen en ontwikkelingen in de jurisprudentie worden in hoofdstuk 3 beschreven. Vervolgens worden in de twee hoofdstukken die daarop volgen de belangrijkste resultaten van het huidige onderzoek weergegeven. Hoofdstuk 4 beschrijft de onderzoeksgegevens voor de psychogeriatric. De onderzoeksgegevens voor de verstandelijk gehandicaptenzorg worden in hoofdstuk 5 gepresenteerd. Het rapport wordt afgesloten met hoofdstuk 6 waarin de conclusies en aanbevelingen worden weergegeven en waarbij wordt teruggegrepen op de onder paragraaf 1.3 geformuleerde onderzoeksvragen.

2

Onderzoeksopzet

2.1 Inleiding

Dit deelonderzoek van het evaluatieonderzoek Bopz II betreft een onderzoek naar de interne rechtspositie van psychogeriatrische patiënten en bewoners in de verstandelijk gehandicapten-sector³. Vanuit het doel van het onderzoek, een systematische evaluatie van de Wet Bopz, zijn de volgende twee centrale onderzoeksvragen geformuleerd.

- In hoeverre zijn de bepalingen van de Wet Bopz bekend en worden deze in de praktijk toegepast?
- In hoeverre vormt de Wet Bopz een geschikt kader om de rechtspositie te waarborgen van de bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen?

Bewoners van psychogeriatrische instellingen en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg hebben, evenals andere burgers, recht op vrijheid en zelfbeschikking. Dit uitgangspunt komt soms op gespannen voet met noodzakelijke zorg die aan de betreffende bewoners zou moeten worden verleend. Eén van de doelstellingen van de Wet Bopz is om een evenwicht te vinden in dit spanningsveld. In dit onderzoek gaat het om de mate waarin de Wet Bopz haar doel bereikt. Sinds de invoering van de Wet Bopz is de toepasselijkheid ervan voor de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg steeds een punt van discussie gebleven (zie hierover ook het volgende hoofdstuk). Vandaar dat de geschiktheid van de wet als kader voor de rechtspositie van bewoners, bij deze evaluatie een speciaal punt van aandacht is geweest.

Hieronder zal worden ingegaan op de verschillende methoden van onderzoek die zijn gebruikt. Ook volgt een uiteenzetting van de knelpunten die de onderzoekers zijn tegengekomen en hoe daar op is gereageerd.

2.2 Nadere uitwerking van de onderzoeksvragen

Teneinde de onderzoeksvragen te operationaliseren zijn zij uitgewerkt in een aantal deelvragen. Hieronder volgt een uiteenzetting:

- In hoeverre zijn de bepalingen van de Wet Bopz bekend en worden deze in de praktijk toegepast?
Het zal duidelijk zijn dat in dit geval de bepalingen van de Wet Bopz worden bedoeld die betrekking hebben op de interne rechtspositie van psychogeriatrische en verstandelijk ge-

³ In de praktijk wordt in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg in tegenstelling tot in de wettekst van de Wet Bopz zelden van patiënten gesproken. Binnen instellingen spreekt men ofwel van bewoners ofwel van cliënten. In het navolgende wordt uitgegaan van de term 'bewoners'.

handicapte bewoners. Deze bepalingen betreffen de wilsonbekwaamheid van de bewoner, de vertegenwoordiging, de vaststelling en uitwerking van de inhoud van het zorgplan, het toepassen van middelen of maatregelen, al dan niet in de vorm van dwangbehandeling of in geval van een noodtoestand, en tot slot de toepassing van huisregels.

Bovengenoemde items zijn als volgt gevat in deelvragen:

- Op welke wijze wordt de wils(on)bekwaamheid bij psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte bewoners vastgesteld?
- Op welke wijze is bij wilsonbekwame bewoners de vertegenwoordiging geregeld?
- Op welke wijze komt in de praktijk een zorgplan tot stand: wie zijn bij de totstandkoming betrokken en welke zaken worden erin geregeld?
- In welke mate wordt een vorm van dwangbehandeling toegepast of een van de middelen of maatregelen uit de Wet Bopz?
- In hoeverre worden huisregels toegepast in situaties die niet door de Wet Bopz zijn beoogd?
- In hoeverre vormt de Wet Bopz een geschikt kader om de rechtspositie te waarborgen van bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen?

Eén van de pijlers waarop de Wet Bopz berust is transparantie: er mag slechts een inbreuk worden gemaakt op vrijheden van bewoners als die inbreuk wordt geregistreerd en gemeld. Vervolgens is het niet alleen van belang dat instellingen transparant handelen, maar moet met informatie die zij verstrekken door het controlerend orgaan ook iets worden gedaan. Dit laatste valt echter buiten het kader van dit deelonderzoek. Het iBMG van de Erasmus Universiteit Rotterdam, evalueert het toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg.

In dit verband is transparantie één van de deelonderwerpen die onder de tweede onderzoeksvraag valt. Die transparantie uit zich met name in de wijze waarop in de praktijk middelen of maatregelen als zodanig geduid worden en vervolgens geregistreerd en gemeld worden aan de Inspectie. Dit levert de volgende deelvragen op:

- In welke mate worden middelen of maatregelen als zodanig geduid?
- In hoeverre worden middelen of maatregelen geregistreerd?
- In hoeverre worden dwangbehandeling en toepassingen van middelen of maatregelen in een noodtoestand gemeld aan de Inspectie?

2.3 Effectuering onderzoeksvragen

Om bovenstaande onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is ten behoeve van het onderzoek gebruik gemaakt van verschillende, elkaar complementerende, onderzoeksmethoden. Hieronder volgt een overzicht van de diverse onderzoeksmethoden en de functie die zij binnen het geheel hebben vervuld.

In de eerste plaats is een literatuuronderzoek verricht om de conceptuele kaders te kunnen ontwikkelen waar hiervoor aan werd gerefereerd. De resultaten van dit literatuuronderzoek worden beschreven in hoofdstuk 3. Dit literatuuronderzoek bestond in de eerste plaats uit het bestuderen van het deel van de vorige Bopz-evaluatie dat betrekking had op de interne rechtspositie van beide te onderzoeken bewonersgroepen. (Wesseling 1996; Wettum 1996) Ook de nulmetingen die in een eerder stadium verricht zijn, zijn meegenomen. Voorts zijn de kamerstukken die betrekking hebben op de interne rechtspositie van beide bewonersgroepen grondig bestudeerd om een helder beeld te verkrijgen van de doelstellingen van de wet in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg.

Het derde deel van het literatuuronderzoek betrof een analyse van de Bopz-jurisprudentie die op het terrein van psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector is gepubliceerd.

Hiertoe zijn bestudeerd Bopz-jurisprudentie, NJ en het tijdschrift voor Gezondheidsrecht. De bedoeling was om aldus een idee te krijgen van de interpretatie die door de rechter aan diverse bepalingen van de Wet Bopz gegeven. In genoemde bronnen waren echter maar enkele relevante uitspraken terug te vinden.

Tot slot is ten behoeve van de beeldvorming andere relevante literatuur bestudeerd. Een uitgebreide weergave hiervan vindt u aan het einde van deze rapportage.

Met betrekking tot het praktijkonderzoek is gekozen voor zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve aanpak. Ten behoeve van het kwantitatieve deel is in de eerste plaats een enquête opgesteld, die verstuurd is naar alle instellingen in beide sectoren die een Bopz-aanmerking hebben verkregen. De adressen zijn verstrekt door beide koepelorganisaties, respectievelijk VGN en Arcares. De door hun verstrekte adressen zijn vergeleken met de aanmerkingenlijst die per 1 april 2000 is vastgesteld (gepubliceerd in de Staatscourant van 26 juni 2000 nr. 120). In de tweede plaats zijn gegevens opgevraagd van het registratiesysteem van het Ministerie van VWS, BopzIS-2.

Voor het kwalitatieve gedeelte zijn interviews gehouden met diverse respondenten in vier verpleeghuizen, twee verzorgingshuizen, en vier instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Binnen elk van deze instellingen zijn at random vier dossiers van bewoners bestudeerd. Tot slot werden op 14 september 2001 twee invitational conferences gehouden.

Hieronder volgt een nadere verantwoording van beide onderdelen.

2.3.1 Kwantitatieve onderzoeksfase

Enquête

Uitgangspunt bij de opstelling van de vragenlijst is de notie geweest dat de Wet Bopz bescherming dient te geven aan alle bewoners van instellingen en afdelingen daarvan, waarop de wet van toepassing is. In principe mogen middelen of maatregelen niet worden toegepast bij vrijwillig opgenomen bewoners. De wet regelt dit immers alleen voor onvrijwillig opgenomen bewoners en slechts onder strikte voorwaarden. Om een beeld te krijgen in hoeverre deze indirecte bescherming in de praktijk ook tot uitdrukking komt, is in de vragenlijst aandacht besteed aan de rechtspositie van zowel onvrijwillig als vrijwillig opgenomen bewoners. Dit betekent dat de vragen afzonderlijk beantwoord moesten worden voor beide groepen bewoners. De vragenlijst vroeg derhalve in sommige gevallen naar het voorkomen van buitenwettelijke situaties. Om de betrouwbaarheid van de antwoorden te optimaliseren is ervoor gekozen om de vragenlijsten volstrekt anoniem te laten retourneren. Ze waren dus niet vooraf gecodeerd en de onderzoekers konden niet vaststellen welke instellingen uiteindelijk gereageerd hadden en welke niet.

De vragenlijst is door de onderzoekers opgesteld en ter beoordeling voorgelegd aan de klankbordgroep. Naar aanleiding hiervan is hij bijgesteld. Vervolgens hebben enkele proefpersonen in het veld uit beide sectoren de vragenlijst uitgeprobeerd. Naar aanleiding van hun opmerkingen is hij nogmaals aangepast, en opnieuw ter beoordeling voorgelegd aan de klankbordgroep. In februari 2001 is de definitieve enquête verstuurd naar alle instellingen die een Bopz-aanmerking hebben verkregen. Ze zijn specifiek geadresseerd aan de directie van de instelling. In de verstandelijk gehandicaptensector zijn 163 instellingen aangeschreven en in de psychogeriatric 325 psychogeriatric verpleeghuizen dan wel gemengde verpleeghuizen met een psychogeriatric afdeling. Sinds 1 december 1999 bestaat ook voor verzorgingshuizen de mogelijkheid om een Bopz-aanmerking te vragen. Een officiële lijst van verzorgingshuizen die een aanmerking hebben verkregen, bestond ten tijde van de start van dit onderzoeksgedeelte nog niet. Via het Ministerie van VWS konden inmiddels de verzorgingshuizen die reeds een Bopz-aanmerking hadden, achterhaald worden. Dit waren er per 22 februari 2001 zeventien.

Tevens konden zij aangeven, welke verzorgingshuizen op dat moment een aanvraag hadden lopen (15) en welke verzorgingshuizen een verpleegunit hadden met een Bopz-aanmerking (7). Naar al deze verzorgingshuizen is ook een vragenlijst verstuurd. Uit de reacties van de verzorgingshuizen die op dat moment een aanvraag hadden lopen voor een Bopz-aanmerking, bleek al snel dat het weinig zin had om hun in het onderzoek te betrekken. De Wet Bopz was immers op deze groep nog niet van toepassing en er werd nog niet mee gewerkt. Bij de verwerking van de enquêtes is deze groep dan ook buiten beschouwing gelaten.

Alle instellingen hebben tweemaal een herinnering ontvangen. Alle tot 1 juni 2001 binnengekomen vragenlijsten zijn verwerkt. Uiteindelijk bedroeg de respons 100 instellingen voor verstandelijk gehandicapten (61,3%), 205 psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen (63,1 %) en 14 verzorgingshuizen (58,3%).

Non-respons

Onderzocht is waarom circa 40% van de instellingen de vragenlijst niet retourneerde. Daartoe is bij het 2^e rappel een korte vragenlijst toegevoegd met daarin opgenomen de vraag of instellingen nog van plan waren om de vragenlijst te retourneren en zo nee, waarom niet. Op dit vragenlijstje reageerden 9 instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg, 20 verpleeghuizen en 3 verzorgingshuizen met de mededeling dat ze niet zouden meewerken aan het invullen van de vragenlijst.

Van de 9 instellingen voor verstandelijk gehandicapten waren er vier een orthopedagogisch instituut. Daarvan waren er drie van mening dat ze om die reden niet behoorden tot de doelgroep. Eén gaf aan dat de instelling geen bewoners had met een Bopz-indicatie. Twee instellingen maakten deel uit van een grotere organisatie die de enquête al had ingestuurd en drie instellingen waren door fusie opgegaan in een groter geheel.

Van de 19 verpleeghuizen hadden er 12 geen tijd om de enquête in te vullen (60%). In drie gevallen had de hoofdlocatie de enquête ingevuld (15%). In twee gevallen was er geen functionaris die de enquête kon invullen. In eveneens twee gevallen had de instelling bezoek van de inspectie gehad, waarbij de Bopz ook al onderwerp van onderzoek was geweest, en was er daarom geen behoefte om aan dit onderzoek mee te werken. Eén instelling vond de Wet Bopz goed en passend en zag daarom geen reden om aan dit onderzoek mee te werken.

De 3 verzorgingshuizen hadden wel een Bopz-aanmerking, maar nog geen start gemaakt met de implementatie van de wet.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat een belangrijke reden om niet te reageren voor orthopedagogische instituten in de verstandelijk gehandicaptenzorg is, dat zij zich niet betrokken voelen bij de evaluatie van de Wet Bopz. Dit is opvallend, omdat ze er formeel wel onder vallen. Bij de meeste verpleeghuizen blijkt tijdgebrek een belangrijke factor om de vragenlijst niet te retourneren.

Voor beide sectoren is een tweede belangrijke reden voor het niet bereiken van een hogere respons, het feit dat meerdere locaties onder dezelfde instelling kunnen vallen. De werkelijke respons op de enquête kan in dat licht gezien hoger zijn. Fusies worden echter niet centraal bijgehouden en vormen daarom een belemmering voor de berekening van de werkelijke respons.

Dat veel verzorgingshuizen nog geen werkelijke start hebben gemaakt met de implementatie van de Wet Bopz was van tevoren voorzien en blijkt ook uit reacties op de non-respons.

Inhoud vragenlijst

De vragen zijn gegroepeerd aan de hand van een aantal belangrijke momenten c.q instrumenten waaraan de Wet Bopz aandacht besteedt:

- De totstandkoming van het zorgplan
Hierbij werd aandacht besteed aan de vraag wie na opnemings een vertegenwoordiger krijgt,

wanneer er een zorgplan wordt opgesteld, en aan wie bij het opstellen van het zorgplan om toestemming wordt gevraagd.

- De uitvoering van het zorgplan
Aan de orde kwam onder meer welke items standaard in het zorgplan van een bewoner worden opgenomen, in hoeverre middelen of maatregelen in 2000 werden toegepast; of er dwang werd gebruikt en of dit geregistreerd en gemeld werd.
- Het vóórkomen van noodsituaties
De vragen onder dit kopje hadden betrekking op redenen om in noodsituaties maatregelen toe te passen die niet in het zorgplan voorkomen toe te passen, de frequentie waarin dit gebeurde en in hoeverre dit geregistreerd en gemeld werd.
- De toepassing van huisregels
De opgenomen vragen over huisregels hadden tot doel te achterhalen in hoeverre de in artikel 40 genoemde beperkingen in huisregels vervat waren.
- De interpretatie van enige begrippen die de wet noemt
De vragen rondom dit item waren was deels gesloten, deels open van opzet en beoogden onder andere problemen met interpretatie van begrippen uit de Wet Bopz te achterhalen.

Ook werd een open vraag aan de respondent voorgelegd of men met Bopz-bewoners anders omgaat dan met vrijwillig opgenomen bewoners.

Knelpunten

Het invullen van de vragenlijst leverde voor het grootste deel geen noemenswaardige problemen op voor de instellingen. Bij twee vragen moesten zij echter 'harde' cijfers geven en die vragen bleken voor instellingen nogal eens lastig in te vullen. Dit betrof twee vragen waar naar het aantal toepassingen van middelen of maatregelen werd gevraagd. Bij de eerste vraag ging het om middelen of maatregelen die in het zorgplan waren opgenomen, ongeacht de vraag of daarbij sprake was van dwang. Voorts is dezelfde vraag nogmaals gesteld voor toepassing van middelen of maatregelen in noodsituaties. Respondenten dienden bij voorkeur absolute aantallen op te geven, maar mochten ook schatten als de gevraagde gegevens niet voorhanden waren of het teveel werk was om dit op te zoeken. De genoemde aantallen zijn daarom niet volledig betrouwbaar, maar geven slechts een beeld. Tijdens het uitproberen van de vragenlijst, bleek al dat er interpretatieverschillen konden optreden bij het aantal toepassingen van middelen of maatregelen. Daarom is tevens gevraagd naar het totale aantal toepassingen bij bewoners. Vervolgens is gevraagd op hoeveel bewoners die maatregelen dan toegepast werden. Uiteindelijk bleek ook de vraag naar het totale aantal toepassingen bij bewoners voor meerdere uitleg vatbaar. Want wat is nu één toepassing? Als een bewoner 50 dagen gefixeerd wordt door middel van een Zweedse band, dan één dag niet en vervolgens weer 50 dagen wel, wordt dit door instellingen heel verschillend geïnterpreteerd. Sommigen noteren dit als 100 toepassingen, anderen als 1 en weer anderen als 2. De antwoorden op het totaal aantal toepassingen bleken dermate uiteen te lopen dat besloten is die niet mee te nemen in de rapportage. Uitgegaan is daarom steeds van de antwoorden op de vraag hoeveel bewoners bij de toepassing van middelen of maatregelen zijn betrokken. Bij de interpretatie van deze antwoorden is het belangrijk om te weten dat een bewoner doorgaans gedurende langere tijd aan een middel onderhevig kan zijn. Dit geldt voor beide sectoren, maar voor de psychogeriatricie wellicht nog iets meer. In beide sectoren hebben minder instellingen deze vraag ingevuld dan de vraag over het totaal aantal toepassingen binnen de instelling, zodat het werkelijk aantal bewoners dat onderhevig is aan middelen of maatregelen in ieder geval nog hoger is.

BopzIS-2

BopzIS-2 is het registratiesysteem waarin alle relevante gegevens die door de instellingen op basis van de Wet Bopz aan de Inspectie gemeld moeten worden, vast worden gelegd. De

onderzoekers hebben uit dit systeem het aantal rechterlijke machtigingen en inbewaringstellingen uit het jaar 1998, 1999 en 2000 verkregen, alsmede het aantal toegepaste dwangbehandelingen en middelen of maatregelen in deze drie jaren, voor zover bij de Inspectie bekend. Het bleek niet mogelijk van deze gegevens een uitsplitsing naar grootte van de instelling te maken. Ook kon niet worden nagegaan welke middelen of maatregelen waren toegepast. Voorts bleek dat toepassing van middelen of maatregelen bij vrijwillig opgenomen personen niet wordt geregistreerd in BopzIS-2.

Tot slot bleek het niet mogelijk om een overzicht te krijgen van het aantal bewoners dat een Bopz-indicatie had gekregen. Ook dit wordt niet in BopzIS-2 geregistreerd.

De verkregen gegevens zijn, waar dit relevant was, in het onderzoek vergeleken met de eigen uitkomsten.

2.3.2 Kwalitatieve onderzoeksfase

De kwalitatieve onderzoeksfase richtte zich in de eerste plaats op verduidelijking van de in de eerste onderzoeksfase aangetroffen bevindingen. Verder leende deze fase zich bij uitstek ook om een antwoord te vinden op de tweede onderzoeksvraag, namelijk in hoeverre de Wet Bopz een geschikt kader vormt voor de rechtspositie van bewoners in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg.

Met name met het oog op deze laatste vraag is het tweede deel van het onderzoek deels opgezet aan de hand van de Delphi-methode. (Maassen en Vught 1984) De kern van deze onderzoeksmethode is het systematisch streven naar consensus. Deskundigen worden onafhankelijk van elkaar ondervraagd in een aantal opeenvolgende ronden. Tussen de verschillende ronden door worden de anonieme antwoorden uit de eerste ronde als basismateriaal gebruikt voor de interviews in de tweede ronde etc. In de klassieke Delphi-methode is sprake van één groep deskundigen en verschillende ronden vraaggesprekken om de mate van overeenstemming optimaal te krijgen.

De in dit onderzoek gebruikte methode wijkt van deze 'klassieke' Delphi-methode af en wel om twee redenen: In de eerste plaats ontbreekt in een wetsevaluatie als deze de tijd om de methode volledig te volgen. In de tweede plaats gaat het hier niet om een evaluatie ex ante, waar deze methode oorspronkelijk voor bedoeld is, maar om het analyseren achteraf van effecten van de Wet Bopz op de interne rechtspositie van pg- en vg-bewoners.

De methode is daarom als volgt aangepast. In dit onderzoek heeft één ronde van interviews plaatsgevonden en is in de vervolgfase gekozen voor het organiseren van twee invitationale conferences. Deze conferences hebben vooral een verificatie van de gegevens tot doel. De ervaringen met deze werkwijze waren bij eerdere wetsevaluaties positief. (o.a. Teijssen et al. 1996; Wettum 1996)

Hieronder volgt een toelichting op beide onderdelen

Interviews

Ten behoeve van de interviews zijn zowel in de verstandelijk gehandicaptensector, als in de psychogeriatric verpleeghuiszorg ieder vier instellingen uitgekozen. De selectie heeft als volgt plaatsgevonden. Uit de instellingen die gereageerd hebben op de landelijke enquête, zijn er vier geselecteerd. De enquête was weliswaar anoniem, maar een aantal instellingen heeft het enquêteformulier voorzien van een stempel of van een begeleidende brief. Uit de groep snelle reageerders zijn twee instellingen genomen, uit de groep die op het eerste rappel reageerde is een instelling geselecteerd en één uit de groep die op het laatste rappel reageerde. Bij de selectie van de instellingen is verder gelet op de grootte en de ligging. Uit de enquête bleek dat in de verstandelijk gehandicaptenzorg een derde van de Bopz-instellingen geen Bopz-bewoners had. Om te onderzoeken in hoeverre het aantal Bopz-bewoners gevolgen had voor

de wijze waarop men in de praktijk met de uitvoering van de Wet Bopz omging, is in deze sector bij de selectie tevens rekening gehouden met het aantal Bopz-bewoners dat in de instelling verbleef. Naast de vier genoemde instellingen is bovendien van een vijfde instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg die wel een Bopz-aanmerking, maar geen Bopz-bewoners had, een beleidsverantwoordelijke voor de Bopz geïnterviewd.

De selectie van de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg leverde geen problemen op. Op één na, wilden alle instellingen hun medewerking verlenen aan het onderzoek. De niet meewerkende instelling deed niet mee wegens tijdgebrek. De selectie van de verpleeghuizen leverde daarentegen meer problemen op. Twee verpleeghuizen uit de eerste ronde die mee wilden werken aan het onderzoek waren gemakkelijk te vinden. Uit de tweede en derde ronde bleek dit echter veel moeilijker. Een aantal verpleeghuizen gaf op geen tijd te hebben en bezig te zijn met het vernieuwen van het Bopz-beleid. Voor hen kwam de Bopz-evaluatie te vroeg. Uiteindelijk is het op basis van eigen kennis van het werkveld en een persoonlijke benadering gelukt om alsnog twee verpleeghuizen bereid te vinden.

Bij de verzorgingshuizen is in overleg met de klankbordgroep gekozen voor het interviewen in één instelling. De verwachting was dat in deze sector de implementatie van de Wet Bopz nog nauwelijks gestalte zou hebben gekregen. Dit beeld werd in het eerste verzorgingshuis reeds bevestigd. Men had de aanmerking in het begin van dit jaar gekregen en er diende nog een start te worden gemaakt met de daadwerkelijke invoering. In dit verzorgingshuis is daarom alleen de directeur geïnterviewd. Vervolgens is een tweede verzorgingshuis benaderd om mee te werken aan het onderzoek om op die manier toch een indruk te krijgen van eerste ervaringen met de Wet Bopz.

In iedere instelling zijn die mensen geïnterviewd die rechtstreeks te maken hadden met de toepassing van de Wet Bopz, te weten:

- Iemand van de directie die beleidsbepalend was voor de uitvoering van de Wet Bopz, dan wel iemand anders binnen de instelling die deze taak op zich had genomen
- Een verpleeghuisarts, respectievelijk arts binnen de verstandelijk gehandicapteninstelling
- Een zorgcoördinator of iemand anders die op de werkvloer direct contact met de bewoner en diens familie onderhield (dikwijls ook Eerst Verantwoordelijke Verzorgende genoemd)
- Een vertegenwoordiger van een bewoner

In sommige gevallen is op initiatief van de instelling daarnaast ook gesproken met andere zorgverleners binnen de instelling, die direct of indirect te maken hadden met de uitvoering van de Wet Bopz zoals een psycholoog, een orthopedagoog en enkele maatschappelijk werkers. In de verstandelijk gehandicaptensector is verder steeds een bewoner geïnterviewd. In de psychogeriatric is daar in de verpleeghuizen niet voor gekozen, omdat het niveau van de bewoners op het moment van opname en in de periode daarna dit in het algemeen niet meer toelaat. In het verzorgingshuis is overigens wel een bewoner geïnterviewd. Om misverstanden inzake de toelaatbaarheid van dit onderzoek te voorkomen is de opzet, hoewel het geen medisch-wetenschappelijk onderzoek betrof, voorgelegd aan de medisch-ethische commissie van de Vrije Universiteit.

Tot slot zijn in de verstandelijk gehandicaptenzorg ter oriëntatie ook enkele interviews met Inspecteurs voor Gezondheidszorg gehouden.

Hieronder volgt een overzicht van de geïnterviewde personen

Tabel 2.1 geïnterviewde personen

<i>Sector</i>	<i>Respondent</i>	
Pg – verpleeghuizen	Vertegenwoordiger	4
	Zorgcoördinator/Eerst Verantwoordelijke Verzorgende	5
	Verpleeghuisarts	6
	Psycholoog	1
	Maatschappelijk Werkende	2
	Beleidsverantwoordelijke Bopz	2
	Andere beleidsmedewerker	3
	Directeur	2
Pg-verzorgingshuizen	Bewoner	1
	Vertegenwoordiger	1
	Zorgcoördinator/Eerst Verantwoordelijke Verzorgende	1
	Verpleeghuisarts	1
	Directeur	2
Verstandelijk gehandicaptenzorg	Bewoner	4
	Vertegenwoordiger	4
	Zorgcoördinator/Eerst Verantwoordelijke Verzorgende	4
	Arts verstandelijk gehandicaptenzorg	4
	Orthopedagoog	1
	Beleidsverantwoordelijke Bopz	3
	Andere beleidsmedewerker	2
	Directeur	2
	Inspecteurs Gezondheidszorg	2
TOTAAL		57

3 verpleeghuisartsen bekleedden een dubbelfunctie. Zij waren naast verpleeghuisarts tevens directeur of beleidsverantwoordelijke voor de Wet Bopz. Zij zijn dan in beide hoedanigheden geïnterviewd.

Werkwijze

De interviews namen alle één tot anderhalf uur in beslag en waren semi-gestructureerd van opzet. De reden hiervoor was dat semi-gestructureerde vragenlijsten bij de verwerking van gegevens meer mogelijkheden bieden voor onderlinge vergelijking. Aan de andere kant biedt een semi-gestructureerde vragenlijst weer meer mogelijkheden voor verdieping dan volledig gestructureerde vragen. Bij vrijwel ieder gesprek waren twee onderzoekers aanwezig. Eén maakte aantekeningen en de ander stelde de vragen. De tweede onderzoeker stelde soms aanvullende vragen. Vervolgens werden de verslagen door één onderzoeker uitgewerkt en ter verificatie voorgelegd aan de ander. De interviews waar de tweede onderzoeker niet bij aanwezig was, zijn op band opgenomen en letterlijk uitgewerkt.

Ieder onderzoeksverslag is vervolgens verder per thema onderverdeeld en wel zodanig dat uitspraken met elkaar konden worden vergeleken. In de onderzoeksrapportage worden samenvattingen van deze uitspraken weergegeven. Ter illustratie worden op tal van plaatsen uitspraken weergegeven die representatief zijn voor de betreffende beschreven situatie. De selectie van die uitspraken heeft in nauw overleg binnen het onderzoeksteam plaatsgevonden en is besproken in de klankbordgroep. Aldus is zoveel mogelijk representativiteit en objectiviteit nagestreefd bij de weergave van de interviews.

Inhoud interview

De inhoud van de vragenlijst stond uit vaste items die per respondent waren aangepast aan de kennis, expertise en ervaringen. Doel van de gestelde vragen was te achterhalen hoe de Wet

Bopz naar de praktijk werd vertaald (beleid) en wat de ervaringen hiermee waren. De volgende onderwerpen kwamen aan de orde:

- De activiteiten van de instelling om de Wet Bopz te operationaliseren
- Het onderscheid in behandeling van onvrijwillig en vrijwillig opgenomen bewoners
- De vaststelling van wilsonbekwaamheid en de vertegenwoordiging van bewoners
- De opstelling en inhoud zorgplan
- Toepassing van middelen of maatregelen in de zin van dwangbehandeling, noodtoestand, of anderszins
- Het registreren en melden van middelen of maatregelen
- De toepassing van andere vrijheidsbeperkende maatregelen
- De samenloop van WGBO en Bopz
- De informatieverstrekking aan bewoner en vertegenwoordiger over Bopz-gerelateerde zaken

Op verzoek van ZonMw was er bij de interviews specifieke aandacht voor mogelijke knelpunten die voortvloeien uit etniciteit of sekseverschillen. Dit leverde echter geen relevante informatie op die vermeldenswaard was. In de verdere onderzoeksrapportage blijft dit onderwerp daarom buiten beschouwing.

Dossieronderzoek

In de instellingen waar de interviews hebben plaatsgevonden zijn eveneens steeds vier zorgdossiers onderzocht. Doel van dit onderzoeksdeel was het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop verplichtingen vanuit de Wet Bopz zijn vertaald naar de zorgpraktijk. Met name artikel 56 Bopz geeft aanwijzingen wat in ieder geval in het zorgdossier dient te staan:

1. een zorgplan
2. de voortgang per maand in de uitvoering van het zorgplan
3. de medewerking van betrokkene aan de uitvoering van dit plan
4. als men geen overeenstemming over het zorgplan kan bereiken: de reden daarvan
5. als er sprake is van dwangbehandeling: de behandeling die is toegepast en de reden daarvan
6. als er sprake is van toepassing van middelen of maatregelen: welke middelen of maatregelen zijn toegepast en de reden daarvan
7. andere beslissingen: zoals het mededelen van huisregels en beperkingen van de bewegingsvrijheid
8. rechterlijke beslissingen en beschikkingen van burgemeester, en geneeskundige verklaringen.

De verplichtingen uit de Wet Bopz die betrekking hebben op het zorgdossier zijn vertaald naar een globale checklist die gebruikt is om een impressie van de dossiers te verkrijgen.

De zorgdossiers zijn steeds op verzoek van de onderzoekers door de instellingen at random gekozen, met dien verstande dat het dossier van de bewoner die zelf geïnterviewd werd of waarvan de vertegenwoordiger werd geïnterviewd in ieder geval bekeken werd. Op deze manier kon van de zorg rondom deze persoon een compleet beeld worden verkregen.

Invitational conferences

Het doel van de invitational conferences was om de voorlopige uitkomsten en aanbevelingen van het onderzoek ter validering in een tweetal bijeenkomsten voor te leggen aan diverse genodigden die werkzaam zijn in de verstandelijk gehandicaptensector, respectievelijk de psychogeriatric. De genodigden waren afkomstig uit diverse geledingen van de praktijk van de gezondheidszorg. Dat wil zeggen mensen, afkomstig uit het veld, van het ministerie, van de inspectie, van koepelorganisaties, van de rechterlijke macht, en van de universiteit. In totaal zijn voor beide bijeenkomsten 30 mensen uitgenodigd.

Op basis van de voorlopige uitkomsten is een aantal stellingen geformuleerd die aan de genodigden, door de onderzoekers verdeeld in kleinere werkgroepen zijn voorgelegd. Daarbij is de samenstelling van de werkgroep heteroog gehouden.

De stellingen hadden betrekking op vier thema's. te weten:

- de totstandkoming en uitvoering van het zorgplan,
- de toepassing van dwangbehandeling en middelen of maatregelen,
- huisregels en overige vrijheidsbeperkingen, en
- de geschiktheid van de Wet Bopz als kader voor de rechtspositie van de bewoners in beide sectoren.

De reacties op de stellingen zijn als volgt verwerkt. In iedere werkgroep is gediscussieerd over de stellingen onder leiding van een voorzitter. De taak van de voorzitter was om de voortgang tijdens de discussie te bewaken, te zorgen dat iedere deelnemer in voldoende mate aan bod kwam en consensusstandpunten te formuleren. Bij de bepaling van deze standpunten is gebruik gemaakt van een methode die wordt gebruikt door het Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg CBO(2000). Deze verliep als volgt. Naar aanleiding van de discussie formuleerde de voorzitter een gemeenschappelijk standpunt. Vervolgens vroeg hij of iedereen zich met dit standpunt kon verenigen. Als deelnemers het oneens waren met het standpunt, werd dit bijgesteld of er werd een minderheidsstandpunt toegevoegd.

Tot slot vond er een plenaire terugkoppeling plaats van de uitkomsten van de kleine werkgroepen. Ook hier werd getracht tot consensus te komen.

Een verslag van de invitational conferences is opgenomen in de bijlagen.

2.4 Betrouwbaarheid onderzoek

Bij de opzet van het onderzoek is getracht om binnen de gestelde tijd en het budget een optimale betrouwbaarheid van de gegevens te verkrijgen. Toch valt niet te vermijden dat bij de interpretatie van de uitkomsten enige voorzichtigheid in acht genomen moet worden. Hieronder volgen enkele kanttekeningen:

1. Voor wat betreft het kwantitatieve gedeelte geldt dat in de drie groepen instellingen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg, de respons ruim 60% van het totaal aantal benaderde instellingen was. Het is echter mogelijk dat onder de instellingen die niet gereageerd hebben, een specifieke groep niet gereageerd heeft. Voor wat betreft de verpleeghuizen is daar geen aanwijzing voor. Bij de verzorgingshuizen speelde het probleem dat nog maar weinig instellingen een aanmerking hebben en verzorgingshuizen nog aan het implementeren zijn. Dat laatste bleek een reden om de vragenlijst niet in te vullen. Bij de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg is het gezien de reacties op het non-responsonderzoek wel mogelijk dat een specifieke groep niet gereageerd heeft, namelijk instellingen die het gevoel hebben dat ze niet tot de doelgroep behoren, wellicht door het ontbreken van Bopz-bewoners.
2. De vragenlijst is, zoals reeds werd aangegeven, specifiek gericht aan de directie van de instellingen. Het is echter mogelijk dat directeurs de vragenlijst hebben doorgestuurd aan anderen met meer (of wellicht minder) kennis van zaken over het onderwerp. Onderzoekers hebben er geen zicht op wie de enquête uiteindelijk heeft ingevuld. Dit zou mogelijkwijs enige verkleuring van de resultaten kunnen geven.
3. Hoewel relatief veel mensen geïnterviewd zijn, behoren die mensen tot weinig instellingen. Getalsmatig kunnen die instellingen nooit representatief zijn voor de hele sector. Bij de presentatie van de resultaten van de interviews zullen daarom geen cijfers genoemd worden van aantallen respondenten die een bepaalde mening waren toegevoegd. Dit zou ten onrechte de indruk kunnen wekken dat er een zekere representati-

teit aan kan worden ontleend, terwijl het bij kwalitatief onderzoek veel meer gaat om het weergeven van tendenzen.

2.5 Verdere rapportage

In het overige deel van het onderzoeksrapport, treft u allereerst een overzicht aan van rapporten en jurisprudentie die eerder over dit onderwerp is verschenen. Voorts volgen twee hoofdstukken over de bevindingen in achtereenvolgens de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Dan worden die uitkomsten gewogen in een uitgebreide beschouwing. Tot slot komen conclusies en aanbevelingen aan de orde.

3

Tussen invoering en tweede evaluatie van de Wet Bopz

3.1 Inleiding

De algemene indruk die uit de eerste evaluatie van de Wet Bopz naar voren kwam was dat de wet heeft bijgedragen heeft aan een daadwerkelijke versterking van de rechtspositie van onvrijwillig opgenomen personen in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. Tegelijk bleek in deze sectoren sprake te zijn van een discrepantie tussen wet en praktijk doordat het implementatieproces van de in 1994 in werking getreden Wet Bopz nog in volle gang was.

De Wet Bopz, zoals op 17 januari 1994 in werking trad, verschilt op een aantal punten van het wetsvoorstel dat in 1971 werd ingediend en later in 1983 in gewijzigde vorm aan de eerste Kamer werd aangeboden. Met name ten aanzien van de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric werd een interessante discussie gevoerd. Daarin ging de meeste belangstelling uit naar de externe rechtspositie, namelijk de onvrijwillige opname via artikel 60 Bopz. In de parlementaire stukken wordt echter weinig aandacht besteed aan de gevolgen die de Wet Bopz heeft voor de interne rechtspositie van personen die onvrijwillig opgenomen zijn in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. Ten aanzien van de implementatie van de wet in deze sectoren voorzag men blijkbaar geen grote problemen.

Dit hoofdstuk begint met een beschrijving van enkele bevindingen die in de nulmeting, uitgevoerd in 1992, en de eerste evaluatie van de Wet Bopz naar voren kwamen en van belang zijn voor dit onderzoek. Naast eerdere evaluaties is de afgelopen jaren ook een aantal andere onderzoeksrapporten verschenen over de werking van de Wet Bopz in instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleeghuizen. Ook deze zullen kort aan de orde worden gesteld. Tevens zal een overzicht worden gegeven van de ontwikkelingen in de rechtspraak. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschouwing.

3.2 Nulmeting

Het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi) heeft in 1992 het rapport 'een kwestie van instelling'⁴ uitgebracht. De aanleiding voor dit rapport was dat de Wet Bopz in 1997 geëvalueerd moest zijn. Om in 1997 aan te kunnen geven wat de effecten van de wet waren, moest allereerst inzichtelijk gemaakt worden hoe de praktijk eruit zag voordat de wet in werking trad.

⁴ Nationaal Ziekenhuisinstituut. Een kwestie van instelling. De Wet Bopz voor indicatiecommissies, gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg. Utrecht, 1994.

Uit de nulmeting komt naar voren dat een strikte toepassing van de Wet Bopz in zowel de sector verstandelijk gehandicaptenzorg als in de sector psychogeriatric belangrijke gevolgen heeft voor de werkzaamheden op de werkvloer. Ondanks het feit dat men in beide sectoren bewuster omgaat met de toepassing van vrijheidsbeperkingen, moet er nog veel gebeuren. Deels ligt dat aan de sectoren zelf, maar deels is dat ook te wijten aan onduidelijkheid van de wet, de vele eisen die de wet stelt, de manier van werken in beide sectoren en een tekort aan personeel op de afdelingen.

De Wet Bopz vraagt om een meer individueel gerichte zorgverlening. Dit vraagt van beide sectoren aanpassingen van de werkwijze. Het zorgplan zal hierbij een centrale plaats moeten gaan innemen. In het zorgplan kunnen beperkingen in de bewegingsvrijheid, middelen of maatregelen en andere afspraken met instemming van bewoner en/of vertegenwoordiger worden vastgelegd. Vanzelfsprekendheden dienen op deze manier zoveel mogelijk voorkomen te worden. Daarnaast zal aan het begrip dwangbehandeling meer waarde toegekend moeten worden. Uit het onderzoek van het NZi blijkt dat dwangbehandeling frequent voorkomt. Instellingen zijn zich hiervan echter niet voldoende bewust, aangezien verzet lang niet altijd wordt erkend, waardoor vormen van dwangbehandeling niet zo worden geduid.

Het rapport van het NZi wordt afgesloten met een aantal vraagpunten die in de eerste evaluatie beantwoord zouden moeten worden. De belangrijkste vraagpunten zijn:

in welke mate heeft de wetgever voorlichting gegeven over de begrippen beperking in het recht op bewegingsvrijheid, middelen of maatregelen en dwangbehandeling?

is er behoefte aan een AMvB die het begrip 'beperking in het recht op bewegingsvrijheid' nader uitwerkt?

in hoeverre zijn individuele zorgplannen aanwezig in de instellingen?

in hoeverre staan beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid niet meer in de huisregels, afdelingsregels of groepsregels, maar zijn ze opgenomen in de individuele zorgplannen?

3.3 Eerste evaluatie Wet Bopz

In 1995 zijn vijf onderzoeksinstituten aan de slag gegaan met de eerste officiële evaluatie van de Wet Bopz. Het NZi heeft, net als in 1992, de interne rechtspositie van bewoners in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric verpleeghuiszorg onderzocht. De resultaten zijn in twee rapporten vastgelegd. De centrale vraag die beantwoord moest worden was: *hoe functioneert de Wet Bopz als iemand eenmaal is opgenomen in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg of een psychogeriatric verpleeghuis?*

In de wetsevaluatie van beide sectoren stond een aantal kernbegrippen centraal:

vrijheidsbeperking

gevaar

verzet

verlof en ontslag

gezinsvervangende tehuizen en plaatsen waar de Wet Bopz niet geldt

In de volgende twee paragrafen wordt per sector een aantal opvallende uitkomsten besproken. Daarbij worden de laatste twee kernbegrippen, verlof en ontslag en plaatsen waar de Wet Bopz niet geldt, buiten beschouwing gelaten.

3.3.1 Uitkomsten eerste evaluatie Wet Bopz: interne rechtspositie verstandelijk gehandicapten

In deze paragraaf worden de belangrijkste uitkomsten van de eerste evaluatie weergegeven inzake de uitvoering van de Wet Bopz in de praktijk van de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Gevaar

In de praktijk bestaat behoefte aan een ruimere invulling van het gevaarscriterium ten aanzien van opnemings van een bewoner. Verwaarlozing, maatschappelijk discutabel gedrag en het aanrichten van materiële schade zouden ook onder gevaar moeten vallen, aldus groepsleiders en directeuren. Als het gevaarscriterium niet wordt aangepast, vrezen onderzoekers dat de cultuurschok zo groot zal zijn, dat het merendeel van de zorgverleners het gevaarscriterium als onverantwoord en onwerkbaar naast zich neer zal leggen.

Vrijheidsbeperking

De Wet Bopz dwingt zorgverleners om stil te staan bij iedere vrijheidsbeperking die zij opleggen en tevens na te denken over alternatieven voor vrijheidsbeperkingen. Door tevens elke vrijheidsbeperking schriftelijk vast te leggen en te beargumenteren wordt inzichtelijk voor de bewoner, vertegenwoordiger, andere zorgverleners en de Inspectie wat er dagelijks allemaal gebeurt. Naast middelen of maatregelen kent de Wet Bopz ook de begrippen huisregels en beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid. Het onderscheid tussen deze verschillende begrippen is nog steeds niet duidelijk. Een andere opvallende bevinding is dat in de zorg aan verstandelijk gehandicapten nog steeds gesproken wordt van medische, beschermende en pedagogische maatregelen terwijl deze termen niet in de Wet Bopz worden genoemd.

Verzet

Instellingen geven aan grote moeite te hebben met het interpreteren van de wettekst als het gaat om verzet. Er is dan namelijk zoveel verzet dat dit zou leiden tot onwerkbaar situaties. In de praktijk wordt een aantal eisen gesteld zoals heftigheid, persistentie en oordeelsbekwaamheid. Deze laatste eis is in strijd met de Wet Bopz. Elk verzet dient beoordeeld te worden onafhankelijk van de vraag of iemand wilsbekwaam dan wel wilsonbekwaam is. Er blijkt dus behoefte te zijn aan een concrete invulling van het begrip verzet.

3.3.2 Uitkomsten eerste evaluatie Wet Bopz: interne rechtspositie psychogeriatric

In deze paragraaf worden de belangrijkste uitkomsten van de eerste evaluatie weergegeven inzake de uitvoering van de Wet Bopz in de praktijk van de psychogeriatric.

Gevaar

In de praktijk wordt het gevaarscriterium ten aanzien van opnemings van een bewoner ruim opgevat. Zorgverleners nemen liever het zekere voor het onzekere. Wat vroeger bescherming en preventie heette, wordt nu gevaar genoemd. De interpretatie van gevaar bij opnemings levert ook een aantal vragen op. Het aanvragen van een Rechterlijke Machtiging verloopt niet zonder problemen aangezien er een groot verschil is tussen de gevaarsinschatting die de instelling maakt bij een vrijwillig opgenomen bewoner en de gevaarsinschatting die een rechter maakt. Het wordt als een gemis ervaren dat de wetgever tot nu toe niet expliciet aangegeven heeft in welke situaties de juridische titel van een vrijwillig opgenomen bewoner moet veranderen.

Vrijheidsbeperking

Verpleeghuizen hebben weinig problemen met het registreren en evalueren van middelen of maatregelen. Naast fixatie en soms afzonderen worden andere vormen van vrijheidsbeperking niet als vrijheidsbeperkend ervaren, bijvoorbeeld medicijnen die in de pap worden gestopt of het feit dat de kamer overdag op slot gaat. Rondom huisregels bestaat ook nog een aantal vraagtekens.

Verzet

In de psychogeriatric worden, net als in de verstandelijk gehandicaptenzorg, eisen gesteld aan

verzet van een bewoner. Verzet moet in elk geval persistent zijn en met een bepaalde frequentie voorkomen. Andere eisen zijn wilsbekwaamheid van de bewoner en er moet sprake zijn van reëel verzet. Deze eisen ten aanzien van verzet hebben ook gevolgen voor de interpretatie van dwangbehandeling.

3.4 Kabinetsstandpunt Evaluatie van de Wet Bopz

In december 1997 verscheen het kabinetsstandpunt op de eerste evaluatie van de Wet Bopz. In totaal reageerde het kabinet op 43 aanbevelingen die door de evaluatiecommissie waren uitgebracht. Van deze aanbevelingen hebben er slechts 4 betrekking op de interne rechtspositie van bewoners van psychogeriatrisch verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg.

Aanbeveling 30: in de Wet Bopz dient een aantal termen zodanig te worden aangepast of toegelicht, dat ze beter aansluiten bij de praktijk in deze sectoren.

De eerste aanbeveling heeft betrekking op het zoeken naar de juiste, werkbare vertaling of nadere invulling van een aantal wettelijke begrippen die worden genoemd in de Wet Bopz. De Wet Bopz gaat uit van een voor de psychiatrie ontwikkeld kader dat vervolgens naar andere sectoren vertaald moet worden. Vormen van beperking van het recht op bewegingsvrijheid binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric worden niet als zodanig geduid. Bovendien worden huisregels, dwangbehandeling en middelen of maatregelen niet altijd als zodanig herkend. Aangezien het vertalingsproces pas sinds kort op gang is gekomen, is het nog te vroeg om bepaalde termen van de Wet Bopz te wijzigen. Een uitzondering wordt gemaakt voor het begrip 'behandelingsplan'. In de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg ligt de nadruk veel meer op verzorging en begeleiding dan op behandeling⁵.

Aanbeveling 31: ten behoeve van de praktijk dient rond het begrip 'verzet' een aantal criteria te worden ontwikkeld, bijvoorbeeld ten aanzien van inhoud en persistentie.

De evaluatiecommissie heeft vervolgens aanbevolen om het begrip verzet nader te operationaliseren voor de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric. Het kabinet is zich bewust van de spanning tussen het begrip 'verzet' van de Wet Bopz en de praktijk van de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Het ontwikkelen van criteria rond het begrip verzet zal in overleg met de koepels moeten gebeuren. Ook hier gaat het om het operationaliseren van een begrip uit de wet voor beide sectoren en niet om het wijzigen van de wet.

Aanbeveling 32: een veelgehoorde klacht is dat instellingen veel administratieve maatregelen moeten verrichten bij het registreren van bepaalde handelingen en melding daarvan aan de Inspectie. Het is de vraag of het informeren van de Inspectie niet eenvoudiger zou kunnen. Mogelijk kan de meldingsplicht zodanig worden gewijzigd dat de lasten die deze met zich meebrengen kleiner worden. De Inspectie dient meer te doen met de geregistreerde meldingen.

De derde aanbeveling heeft betrekking op het melden en registreren van middelen of maatregelen. Instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric melden over het algemeen middelen of maatregelen aan de Inspectie. Ze vragen zich echter wel af wat het nut van deze meldingen is. Het veld vraagt om een meer sturende en begeleidende rol van de Inspectie. Het kabinet heeft de Inspectie opgedragen om maatregelen te nemen teneinde beter aan die rol te kunnen voldoen.

Aanbeveling 33: de rechtspositie van Bopz-geïndiceerden lijkt beter geregeld dan de rechtspo-

⁵ In de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg is de term behandelplan vervangen door zorgplan. De Wet Bopz is op dit punt niet gewijzigd.

sitie van niet Bopz-geïndiceerde patiënten. Verbetering kan voor een deel worden gerealiseerd door de Bopz-regeling van de huisregels in alle als Bopz-instelling aangemerkte instellingen te laten gelden, ongeacht of daar 'Bopz-patiënten' verblijven.

De laatste aanbeveling heeft betrekking op het onderscheid tussen huisregels en beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid. Het kabinet is het met de evaluatiecommissie eens dat gerichte voorlichting op dit punt nodig is.

3.5 Bevindingen uit andere rapporten

De afgelopen jaren hebben ook diverse andere instanties zich ingelaten met de implementatie van de Wet Bopz. Zo heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zich vanuit haar toezichthoudende taak beziggehouden met het evalueren van de toepassing van de regels van de Wet Bopz. In 1996 heeft zij het rapport 'Zorg onder beperking' uitgebracht, waarvan in 1999 het vervolg verscheen onder de naam 'Zorg onder beperking, opnieuw bekeken'. Beide rapporten hebben betrekking op de verstandelijk gehandicaptenzorg. Ook in de sectoren psychogeriatric en verzorgingshuizen heeft de IGZ onderzoek verricht. In 1996 kwam het rapport 'de Wet Bopz in de verpleeghuiszorg' uit. In 1997 heeft de IGZ het Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken (NCvG) opdracht verleend om een onderzoek te verrichten naar vrijheidsbeperkende maatregelen in instellingen en settings welke niet onder de Wet Bopz vallen. De Inspectie heeft daarnaast in augustus 1999, mede op verzoek van de Minister van VWS, een werkgroep ingesteld met als doel criteria te ontwikkelen voor het operationaliseren van het begrip 'verantwoord handelen' in situaties waarin vrijheidsbeperkende maatregelen noodzakelijk zijn in niet-Bopz settings.

3.5.1 Zorg onder beperking in de verstandelijk gehandicaptenzorg

In 1995 voerde de IGZ een kort inventariserend onderzoek uit naar het voorkomen van vrijheidsbeperkende middelen of maatregelen bij bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. De uitkomst van dit onderzoek was dat bij eenderde van de bewoners van Bopz-aangemerkte instellingen vrijheidsbeperkingen worden toegepast. Op basis van deze uitkomsten heeft de IGZ in 1996 een uitgebreider onderzoek verricht naar het aantal toepassingen van vrijheidsbeperkende maatregelen in Bopz-aangemerkte instellingen. De eerste indruk die uit dit onderzoek, uit 1996, naar voren komt is dat de zorgvuldigheid rond vrijheidsbeperkende maatregelen is toegenomen door de invoering van de Wet Bopz. Instellingen zijn bereid om afstand te doen van de beschermingsidee en meer te gaan denken in de richting van het waarborgen van individuele vrijheden en rechten, aldus het rapport van de IGZ. Naast positieve bevindingen waren er ook kanttekeningen. Uit het onderzoek bleek dat veel instellingen nog aan het begin van een Bopz-traject staan. In totaal werden bij maar liefst 8000 van de 29.809 bewoners vrijheidsbeperkingen toegepast. Bij een groot deel van deze bewoners was nog geen Bopz-indicatie aangevraagd. Zo meldden instellingen dat bij 28% van vrijwillig opgenomen bewoners vrijheidsbeperkingen werden toegepast.

De IGZ komt op grond van de uitkomsten tot een aantal aanbevelingen:

- instellingen dienen criteria te ontwikkelen voor ernstig gevaar en verzet
- de rechtspositie voor vrijwillig niet-Bopz-geïndiceerde bewoners met vrijheidsbeperkende maatregelen dient afdoende te worden geregeld
- instellingen dienen de functie van geneesheer-directeur in te vullen en tevens de persoon die verantwoordelijk is voor de behandeling aan te wijzen
- afzonderingsruimtes dienen te voldoen aan de wettelijke vereisten
- dwangbehandeling dient aan de Inspectie gemeld te worden
- toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen moet intern worden geregistreerd en onderdeel uitmaken van het kwaliteitssysteem

- orthopedagogische instellingen dienen de afgrenzing tussen vrijheidsbeperkende maatregelen ten opzichte van pedagogische maatregelen⁶ schriftelijk vast te leggen

In 1997 heeft de IGZ een evaluatieonderzoek verricht om te beoordelen of de aanbevelingen inmiddels geïmplementeerd waren. De bevindingen zijn gepubliceerd in het rapport 'Zorg onder beperking, opnieuw bekeken'. Op grond van het onderzoek in 1997 kwam de Inspectie tot een plan van aanpak waarvan de belangrijkste elementen waren:

- op 1 september 1999 dienen alle afzonderingsruimtes te voldoen aan de wettelijke vereisten
- de artikelen 38 en 39 worden volgens de standaardprocedures van de IGZ getoetst
- de VGN wordt verzocht criteria voor ernstig gevaar en verzet te ontwikkelen en tevens een taak- en functieomschrijving te maken voor de arts en de voor de behandeling verantwoordelijke persoon.

3.5.2 De Wet Bopz in de verpleeghuiszorg

De IGZ heeft in 1996 landelijk geïnventariseerd in welke mate verpleeghuizen hun instellingsbeleid aan de Wet Bopz hebben aangepast en hoe deze wet in de praktijk werd uitgevoerd. Aanleiding voor dit onderzoek was het vermoeden dat psychogeriatrische verpleeghuizen, die weliswaar begonnen waren met de Wet Bopz te vertalen in het instellingsbeleid, moeite hadden met de daadwerkelijke uitvoering van de Wet Bopz in de praktijk. Op grond van het onderzoek komt de IGZ tot een aantal aanbevelingen:

- er is meer voorlichting over de Wet Bopz nodig voor medewerkers van verpleegafdelingen over bijvoorbeeld het verschil tussen verzet tegen opname en verzet tegen behandeling
- instellingen moeten een registratiesysteem opzetten en toepassing van middelen of maatregelen evalueren
- instellingen moeten gecamoufleerd toedienen van medicijnen opnemen in het zorgplan en evalueren
- instellingen moeten meer aandacht geven aan de juridische status van bewoners
- in de evaluatie van de Wet Bopz moet de vraag worden beantwoord of bij verzet van een vrijwillig opgenomen bewoner tegen middelen of maatregelen een RM of een Bopz-indicatie aangevraagd moet worden.

3.5.3 Onderzoeksrapport vrijheidsbeperkende maatregelen

In 1997 heeft het NcGv⁷ in opdracht van de IGZ een onderzoek verricht naar het vrijheidsbeperkende maatregelen in instellingen en settings, welke niet onder de Wet Bopz vallen. Het betrof de (psychiatrische) thuiszorg, instellingen voor lichamelijke gehandicapten, gezinsvervangende tehuizen en verzorgingshuizen.

Op grond van het onderzoek kwam het NcGv met een aantal opvallende uitkomsten. Vrijheidsbeperkende maatregelen worden in alle onderzochte sectoren signaleerd. Binnen verzorgingshuizen komen de maatregelen ongemerkt toedienen van medicatie, gebruik van beddekken en fixeren regelmatig voor. Afzonderen en het beperken van de bewegingsvrijheid komen regelmatig voor in gezinsvervangende tehuizen. De reden van deze toepassingen is vooral de bescherming van de bewoner, de omgeving en het personeel. Vaak worden afzonderen en beperken van de bewegingsvrijheid als sanctie opgelegd. De beslissing tot het overgaan van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt in gezinsvervangende tehuizen over het algemeen genomen door verzorgenden. Opmerkelijk is ook dat hoe vaker in een setting een vrijheidsbeperkende maatregel voorkomt, hoe eerder men van mening is dat deze handelingen ook toegestaan zijn.

⁶ De Wet Bopz spreekt alleen over middelen of maatregelen en niet over het begrip pedagogische maatregel.

⁷ Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken. Onderzoeksrapport vrijheidsbeperkende maatregelen. Groningen, 1997.

3.5.4 Criteria voor verantwoord handelen bij vrijheidsbeperkende maatregelen

Mede naar aanleiding van het rapport van NcGv heeft een werkgroep onder leiding van de Inspectie het begrip 'verantwoord handelen' bij vrijheidsbeperkende maatregelen nader geoperationaliseerd. Het advies van de werkgroep is in augustus 2000 aan de minister aangeboden. De werkgroep wijst in haar advies op het belang van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Op grond van deze wet is elke zorgaanbieder verplicht verantwoorde zorg te leveren (artikel 2 Kwaliteitswet zorginstellingen). De toepassing van vrijheidsbeperkingen, zo stelt de werkgroep, moet aan deze norm voldaan.

De kwaliteitscriteria voor verantwoord handelen bij vrijheidsbeperking, in zowel Bopz- als niet Bopz-instellingen, zijn ingedeeld in drie categorieën:

- A criteria voor verantwoord beleid van de zorgaanbieder;
- B criteria voor een zorgvuldige toepassing van de op te leggen interventie;
- C criteria voor controle bij de uitvoering van de interventie.

3.6 Jurisprudentie

Sinds de invoering van de Wet Bopz is een aantal rechterlijke uitspraken gepubliceerd over de toepassing van de wet in de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric. Een beperkt aantal uitspraken had betrekking op de interne rechtspositie van bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleeghuizen. De relevante jurisprudentie zal aan de hand van de volgende indeling weergegeven worden:

1. voorwaarden voor toepassing van dwangbehandeling
2. dwangbehandeling bij vrijwillige opneming
3. omzetting van een vrijwillige opneming in een onvrijwillige opneming
4. somatische aandoening

3.6.1 Voorwaarden voor toepassing van dwangbehandeling

(Rechtbank Maastricht, 20 januari 1999, *kBJ* 1999, 63, m.nt. red.) Patiënt verblijft in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg, waarbij 's nachts de deuren van zijn kamer worden afgesloten. Dit met het oog op het creëren van een vertrouwde omgeving, waardoor escalatie wordt voorkomen. De moeder/curatrice stelt, dat deze opsluiting moet worden gezien als dwangbehandeling in de zin van artikel 38 lid 5 Bopz. Deze behandeling zou echter niet aan de wettelijke criteria voldoen, mede omdat tijdig toiletbezoek vaak niet mogelijk is. De Rechtbank merkt de behandeling wel degelijk aan als dwangbehandeling omdat de curatrice geen toestemming heeft gegeven. Vervolgens worden de eisen nagegaan die de wet oplegt ingeval van dwangbehandeling:

- ernstig gevaar: dit is aanwezig, omdat er kans is op fysieke agressie;
- doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit: sinds de toepassing van de behandeling heeft patiënt geen probleemgedrag meer vertoond, dus de behandeling is effectief. Daarnaast staat de behandeling in verhouding met het gevaar van bewoner en wordt tegemoet gekomen aan de wensen van de bewoner; uit de stukken blijkt niet dat bewoner verzet heeft getoond. Tot slot was er geen andere behandeling beschikbaar, wegens beperkt aantal middelen binnen de instelling.

De Rechtbank oordeelt dat de klacht, inhoudende dat niet voldaan zou zijn aan de wettelijke vereisten inzake dwangbehandeling, ongegrond moet worden verklaard. Echter, de dwangbehandeling vertoont grote overeenkomsten met de maatregelen van artikel 39 Bopz, waarbij doorlopend toezicht is vereist. Dit artikel kan naar analogie worden toegepast. Bij de opsluiting heeft dit doorlopend toezicht ontbroken, mede gelet op het niet tijdig kunnen bezoeken van het

toilet. Echter, aangezien de instelling serieuze plannen heeft hierin verbetering te brengen, leidt dit niet tot veroordeling. In de noot wordt opgemerkt dat het vreemd is dat de opsluiting louter wordt gezien als dwangbehandeling en niet tevens als beperking van de bewegingsvrijheid in de zin van artikel 40 lid 3 Bopz.

3.6.2 Dwangbehandeling bij vrijwillige opneming

(Rechtbank Alkmaar, 10 februari 1998, *kBJ* 1998, m.nt. W. Dijkers) Een 29-jarige man verblijft vrijwillig in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Regelmatig wordt ter afwendung van gevaar separatie toegepast, nu eens met instemming van betrokkene, dan weer met verzet. Er wordt een voorlopige machtiging gevorderd voor het kunnen toepassen van deze separatie. De Rechtbank oordeelt, dat in dit geval geen voorlopige machtiging is vereist, nu het verzet zich niet richt tegen voortdoring van het verblijf in de inrichting en het verzet tegen de separatie steeds kortdurend is. Betrokkene geniet weliswaar geringere rechtsbescherming dan degenen die onvrijwillig of na beoordeling van een indicatiecommissie in de inrichting zijn opgenomen, zo overweegt de Rechtbank, maar deze leemte kan niet worden opgevuld door de ingrijpende en veelal langdurige maatregel van de voorlopige machtiging toe te passen. Het is aan de wetgever om de interne rechtspositie van bewoners in gevallen als deze te verbeteren. De voorlopige machtiging wordt niet afgegeven. In de noot wordt opgemerkt dat dwanginterventie ten aanzien van een vrijwillig in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg of psychogeriatrisch verpleeghuis verblijvende persoon zonder rechterlijke machtiging kan plaatsvinden. Basis hiervan is artikel 7:466 lid 1 BW.

(Rechtbank Alkmaar, 1 februari 2000, *kBJ* 2000, 43, m.nt. red.) Betrokkene verblijft al jaren vrijwillig in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Regelmatig is in verband met agressief gedrag separatie vereist, wat meestal gebeurt met instemming van betrokkene. Het komt echter ook voor, dat betrokkene zich tegen deze separatie verzet, maar achteraf daarmee instemt. De Rechtbank wijst de vordering tot het verlenen van een voorlopige machtiging evenwel af op grond van het feit dat het verzet zich niet richt tegen het verblijf als zodanig, maar tegen de separaties. Ook overweegt de Rechtbank dat ondanks het feit dat frequentie en duur van de separaties toenemen, betrokkene hiermee lijkt in te stemmen.

(Rechtbank Amsterdam, 24 augustus 2000, *kBJ* 2001, 6) Een psychogeriatrische patiënt maakt af en toe bezwaar tegen toediening van medicatie, maar verzet zich niet tegen verblijf in het verpleeghuis. De rechtbank wijst de vordering tot het verlenen van een voorlopige machtiging af, aangezien onvoldoende aannemelijk is dat dwangmedicatie op grond van artikel 60 Bopz of de WGBO niet mogelijk is. Beide voorzieningen zijn minder ingrijpend dan een rechterlijke machtiging.

3.6.3 Omzetting van vrijwillige opneming in onvrijwillige opneming

(Rechtbank Amsterdam, 30 oktober 1998, *kBJ* 1999, 5, m.nt. T.P. Widdershoven) Betrokkene verblijft op basis van vrijwilligheid in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Hoewel hij niet van plan is definitief uit de inrichting te vertrekken, is sprake van verzet daar betrokkene zich bepaalde interventies niet laat welgevalen, door bijvoorbeeld lang weg te blijven. Naar het oordeel van de rechtbank is onder deze omstandigheden, hoewel betrokkene niet van plan is om definitief te vertrekken, sprake van verzet als bedoeld in artikel 3 Bopz. Het doel van de machtiging is primair om betrokkene tegen zijn wil in zijn kamer te kunnen opsluiten teneinde te beletten dat hij ongewenst seksueel contact aangaat met vrouwen en kinderen. De advocaat van betrokkene bepleit een opneming via de indicatiecommissie. Dit is echter niet mogelijk vanwege het verzet dat betrokkene toont. Bovendien heeft betrokkene, ook met een opneming artikel 60 Bopz, de vrijheid om zich aan dwang te onttrekken door de instelling te verlaten. Een artikel 60 opneming legitimeert immers niet een daadwerkelijke vrijheidsberoving.

De Rechtbank in deze casus verleent de voorlopige machtiging.

(Rechtbank Den Bosch, 6 oktober 1999, *kBJ* 2000, 30, m.nt. K. Blankman) De Officier van Justitie stelt een vordering in tot het verlenen van een voorlopige machtiging voor behandeling met stroomstoten van een vrijwillig opgenomen verstandelijk gehandicapte patiënt. Zonder deze behandeling zou de patiënt zich verwonden als gevolg van een geestesstoornis. In aanmerking nemende dat met de patiënt geen communicatie mogelijk is en gelet op de aard van de behandeling, wordt verondersteld dat patiënt zich tegen de therapie verzet. De Rechtbank overweegt dat de nodige bereidheid als bedoeld in artikel 2 lid 3 sub a Bopz ontbreekt en dat de handelwijze van de instelling is aan te merken als een gedwongen behandeling in de zin van artikel 38 lid 5 Bopz. De voorlopige machtiging wordt verleend. In de noot wordt gewezen op de mogelijkheden van de WGBO en artikel 42 Bopz. Via artikel 42 Bopz kan de Inspectie aan de rechter alsnog de vraag voorleggen of de behandeling, waartegen de patiënt zich verzet, noodzakelijk is. Op deze wijze hoeft niet de omweg van de voorlopige machtiging gevolgd te worden teneinde de vraag naar de geoorloofdheid van de dwangbehandeling aan de rechter voor te kunnen leggen. Voor toepassing van artikel 42 Bopz is wel vereist dat een artikel 60 opname heeft plaatsgevonden.

(Rechtbank Amsterdam, 10 oktober 2000, *kBJ* 2001, 7, m.nt. T.P. Widdershoven) Ook deze uitspraak betreft een in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg verblijvende patiënt. De voorlopige machtiging wordt gevorderd om een aantal middelen of maatregelen te kunnen toepassen, waar tegen de patiënt zich verzet. Aangezien de betrokkene te kennen heeft gegeven in een andere instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg geplaatst te willen worden en zich verzet tegen de noodzakelijk geachte middelen of maatregelen, wordt aangenomen dat betrokkene blijf heeft gegeven van verzet als bedoeld in artikel 3 Bopz. Voor vertegenwoordiging is hier geen plaats, gelet op de uitgebreidere rechtsbescherming ingeval van gedwongen opname en mede omdat niet duidelijk is of de vertegenwoordiger (moeder van patiënt) zelf ernstige psychische problemen heeft. Bovendien is onduidelijk hoe de gezagsverdeling is tussen de ouders van betrokkene. De vordering wordt toegewezen.

3.6.4 Somatische aandoening

(Rechtbank Assen, 17 september 1999, *kBJ* 1999, 60, m.nt. J. Legemaate) In casu gaat het om een 84-jarige vrouw die lijdt aan een dementieel syndroom met afasie. De Officier van Justitie vordert een voorlopige machtiging tot opname en verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis, ingegeven door het feit dat bij betrokkene sprake is van een baarmoederverzakking en een operatie noodzakelijk wordt geacht. Betrokkene stemt niet in met deze operatie. Uit onderzoek blijkt dat de operatie wel gewenst is, maar op dit moment niet noodzakelijk om de lichamelijke gesteldheid te beschermen. Daarom wordt de vordering afgewezen. Daarnaast oordeelt de Rechtbank dat ernstige twijfel bestaat omtrent de vraag of er een causaal verband bestaat tussen de weigering van betrokkene om de operatie te ondergaan en de geestesstoornis. De weigering lijkt te zijn ingegeven door de angst voor een operatie en niet door de ziekte. De Rechtbank oordeelt dat het verkrijgen van toestemming via deze weg niet binnen de context van de Wet Bopz past. In de noot wordt verwezen naar de WGBO. Een operatie om een baarmoederverzakking tegen te gaan is een WGBO-ingreep. De WGBO geeft daarvoor regels inzake informatie en toestemming. Indien betrokkene wilsonbekwaam is, kan via de regels van de WGBO een operatie worden uitgevoerd. Indien in de periode van revalidatie een situatie ontstaat die wel onder de Wet Bopz valt, kan altijd nog een machtiging aangevraagd worden voor een opname in het verpleeghuis.

3.6.5 Tegenstrijdigheden in de rechtspraak

In de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric zijn sinds de invoering van de Wet

Bopz in tegenstelling tot de psychiatrie niet veel uitspraken gedaan. In totaal zijn in de bovenstaande paragraaf acht uitspraken kort besproken. Een groot deel van de uitspraken heeft betrekking op het toepassen van dwangbehandeling bij bewoners die vrijwillig verblijven in een instelling. De vraag die in deze uitspraken centraal staat is of het noodzakelijk is dat de juridische status van deze bewoners gewijzigd dient te worden in een onvrijwillige opname. De rechtspraak lijkt verdeeld. In de uitspraak van 10 februari 1998 is de rechter van mening dat de status van een vrijwillig opgenomen man in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg niet omgezet hoeft te worden in die van een onvrijwillig opgenomen bewoner. Dwanginterventies kunnen blijkbaar ook zonder een rechterlijke machtiging plaatsvinden. De juridische basis daarvoor is te vinden in de artikelen 7: 465 lid 6 en 7:466 lid 1 BW. Bovendien is het verzet in deze casus niet gericht tegen het verblijf maar tegen de toepassing van een middel of maatregel. Een jaar later wordt in een andere uitspraak, (Rechtbank Den Bosch, 6 oktober 1999, *kBJ* 2000, 30) wel een voorlopige machtiging verleend teneinde dwangbehandeling mogelijk te maken. In deze zaak ging het om het toepassen van stroomstoten bij een vrijwillig opgenomen verstandelijk gehandicapte. Er werd verondersteld dat betrokkene zich verzette tegen de behandeling. In deze casus is onduidelijk of is nagegaan is of de WGBO in dit geval ook een oplossing kon bieden. In een uitspraak van 24 augustus 2000 (Rechtbank Amsterdam, *kBJ* 2001, 6) wees de Rechtbank een vordering tot het verlenen van een voorlopige machtiging af aangezien onvoldoende aannemelijk was dat dwangmedicatie niet op grond van artikel 60 Bopz of de WGBO mogelijk is.

De Inspectie gaat ervan uit dat middelen of maatregelen alleen toegepast mogen worden bij onvrijwillig opgenomen bewoners. Een uitzondering op dit uitgangspunt, zo meent de Inspectie, doet zich voor als sprake is van een incidentele toepassing van een middel of maatregel bij een vrijwillig opgenomen bewoner. De Grondwet (artikel 10 en 11) en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (artikel 5) vereisen een wettelijke grondslag voor vrijheidsbeneming en inbreuken op de lichamelijke integriteit van mensen. Op grond van de jurisprudentie kan worden geconcludeerd dat in bepaalde gevallen vrijheidsbeneming ook buiten het regime van de Wet Bopz om toegepast kan worden. Bovendien doet de Rechtbank Alkmaar in haar uitspraak van 22 januari 1998 de volgende uitspraak: *'betrokkene geniet weliswaar geringere rechtsbescherming dan degenen die onvrijwillig of na beoordeling van een indicatiecommissie in de inrichting zijn opgenomen, maar deze leemte kan niet worden opgevuld door de ingrijpende en veelal langdurige maatregel van de voorlopige machtiging toe te passen in bovenvermeld situaties. Het is aan de wetgever om de interne rechtspositie in gevallen als deze te verbeteren'*.

3.7 Stand van zaken interne rechtspositie tot aan de tweede Bopz-evaluatie

Op grond van de in dit hoofdstuk weergegeven rapporten en jurisprudentie, volgt in deze paragraaf een samenvattende beschouwing. Op welke onderdelen is er sprake van een adequate interne rechtspositie en welke aspecten van de Wet Bopz verdienen nog aandacht? De aandachtspunten die hier genoemd worden zullen aan het einde van het rapport, in hoofdstuk 6 worden vergeleken met de uitkomsten van de tweede evaluatie van de Wet Bopz.

3.7.1 Algemeen

Sinds de invoering van de Wet Bopz in 1994, is een aantal rapporten en evaluaties verschenen over de werking van de Wet Bopz in de praktijk. Hoewel de Wet Bopz inmiddels een omslag in het denken heeft gerealiseerd binnen de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg, laat het veld ook een aantal kritische kanttekeningen horen. Een aantal begrippen van de Wet Bopz vraagt om verduidelijking en bepaalde onderdelen zijn niet, althans niet zonder meer, geschikt voor de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Daarbij gelden, vooralsnog, geen grote verschillen tussen de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehan-

dicaptenzorg. Ten behoeve van het kabinetsstandpunt Evaluatie Wet Bopz in 1997 werden voor beide sectoren een viertal aanbevelingen gedaan. Deze aanbevelingen geven voor een groot deel weer waar de problemen liggen ten aanzien van de toepassing van de Wet Bopz in de praktijk:

- het vertalingsproces van een aantal begrippen die genoemd worden in de Wet Bopz
- het ontwikkelen van criteria ten aanzien van het begrip verzet
- het verbeteren van melden en registreren van middelen of maatregelen
- het wegnemen van onduidelijkheid over verschil huisregels en beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid

3.7.2 Verstandelijk gehandicaptenzorg

De sector verstandelijk gehandicaptenzorg is over het algemeen positief gestemd over de Wet Bopz. De eerste evaluatie laat een gunstiger beeld zien dan de nulmeting. Personeel is bewuster gaan nadenken over toepassingen van vrijheidsbeperkingen. De Wet Bopz is echter geen gemakkelijke wet en bevat tal van begrippen die nader geoperationaliseerd moeten worden en ingewikkelde bepalingen waaraan men zich moet houden.

3.7.2.1 Bekendheid met bepalingen

Zorgplan

Een cruciale rol in de Wet Bopz wordt ingenomen door het zorgplan. Hierin worden onder meer afspraken rondom vrijheidsbeperkingen vastgelegd, omschreven in hoeverre een verstandelijk gehandicapte wilsbekwaam is en wie de vertegenwoordiger is. Daarnaast schrijft de Wet Bopz voor dat een zorgplan regelmatig wordt geëvalueerd. De praktijk laat zien dat ten aanzien van de uitvoering van zorgplannen nog veel verbeterd kan worden; uit eerdere evaluaties blijkt dat zorgplannen niet regelmatig worden getoetst. Het schrijven van een zorgplan wordt vaak gezien als een administratieve handeling die veel tijd kost. Instellingen behoren meer stil te staan bij de rol die het zorgplan inneemt binnen de zorgverlening aan bewoners, met name als er vrijheidsbeperkingen in het geding zijn.

Rol van vertegenwoordiger en bewoner

Een vertegenwoordiger vervult binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg een grote rol, met name wanneer een bewoner niet wilsbekwaam is bevonden. Een vertegenwoordiger behoort toestemming te geven voor het zorgplan, betrokken te worden bij de evaluatie van zorgplannen en op de hoogte te zijn van de toepassing van vrijheidsbeperkingen. In de eerste wetsevaluatie is weinig opgemerkt over het begrip wils(on)bekwaamheid en de rol van de vertegenwoordiger. De laatste jaren is de rol van de vertegenwoordiger en de bewoner wel toegenomen, aldus de eerste wetsevaluatie.

Dwangbehandeling

Dwangbehandeling is vrijwel een nieuw begrip in de sector verstandelijk gehandicaptenzorg. Medewerkers realiseren zich niet dat als een bewoner of een vertegenwoordiger niet akkoord gaat met het zorgplan of zich na overeenstemming alsnog verzet, er sprake is van dwangbehandeling. Verzet is een begrip dat veel aan bod komt in eerdere rapporten en evaluaties. De brancheorganisatie is uitgenodigd om verzet nader uit te werken. Verzet wordt niet altijd erkend als de bewoner in kwestie wilsbekwaam is. Hoewel men bewuster nadent over de toepassing van middelen of maatregelen, worden ook zogenaamde pedagogische en beschermende maatregelen toegepast. De Wet Bopz is op dit punt echter vrij duidelijk, zij erkent het begrip pedagogische en beschermende maatregelen niet.

Middelen of maatregelen: toepassing, registratie en melding

De verschillende middelen of maatregelen vragen nog om nadere uitleg. De Inspectie heeft in

haar rapport Zorg onder beperking de maatregel afzonderen nader toegelicht. De reden van toepassing van middelen of maatregelen is op grond van de Wet Bopz 'ernstig gevaar'. Uit onderzoek blijkt dat de toepassing van middelen of maatregelen ook samenhangt met de visie van de instelling op probleemgedrag, met bezetting van personeel, de bouw van de instelling en een -te ruime- interpretatie van gevaar. Aangezien een groot aantal middelen of maatregelen niet als zodanig wordt opgevat, worden nog niet alle toegepast middelen of maatregelen geregistreerd en gemeld.

Uit Zorg onder beperking van de Inspectie bleek dat middelen of maatregelen ook bij vrijwillig opgenomen bewoners toegepast worden. Instellingen getroosten zich onvoldoende inspanning om de rechtspositie van deze bewoners afdoende te regelen. De jurisprudentie is op dit punt echter ook niet geheel duidelijk: in bepaalde gevallen moet de juridische status van een bewoner wel aangepast worden en in andere gevallen weer niet.

Huisregels

Het begrip huisregels zorgt nog voor veel onduidelijkheden. Huisregels mogen geen onderscheid maken tussen Bopz-bewoners en niet-Bopz-bewoners. Voor beide groepen bewoners gelden in beginsel dezelfde algemene regels zoals bezoekenregels, bedtijden en tijdstip waarop de muziek zachter gezet moet worden. Naast huisregels zijn er ook beperkingen in de bewegingsvrijheid. Deze beperkingen dienen per individu vastgelegd te worden in het zorgplan. De Wet Bopz heeft tot gevolg gehad dat huisregels opnieuw bekeken zijn. Echter, de vraag is of huisregels opgenomen zijn in het zorgplan, het onderscheid huisregels en beperkingen in de bewegingsvrijheid helder is en of de regels op schrift staan. Vertegenwoordigers en bewoners zouden ook op de hoogte moeten zijn van de verschillende huisregels en beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid.

3.7.2.2 De Wet Bopz een geschikt kader voor de verstandelijk gehandicaptensector?

In de eerste evaluatie en de nulmeting is de vraag 'of de Wet Bopz een geschikt kader is voor de verstandelijk gehandicaptenzorg' niet nadrukkelijk aan de orde gesteld. Toch kan op grond van deze eerdere evaluaties en rapporten het een en ander worden opgemerkt over deze vraag. Binnen instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg is een cultuuromslag merkbaar. Er wordt verantwoord omgegaan met de toepassing van vrijheidsbeperkingen. Kortom, de instellingen staan achter de geest van de wet. De toepassing van concrete Bopz-bepalingen verloopt echter nog niet soepel. De confrontatie met begrippen en termen uit de Wet Bopz is niet zonder problemen verlopen. Termen als dwangbehandeling en noodsituatie waren ook geheel nieuw voor deze sector. In de praktijk leveren deze termen nog steeds problemen op. Dit hangt samen met de interpretatie van verzet. Instellingen zijn nog niet gewend om verzet ook daadwerkelijk te interpreteren als verzet.

De onduidelijkheid in de jurisprudentie over het toepassen van middelen of maatregelen bij vrijwillig opgenomen bewoners maakt de Wet Bopz er echter niet inzichtelijker op. Dat kan ook gezegd worden van de verwarring die bestaat over de relatie tussen de WGBO en de Wet Bopz. In de gehandicaptenzorg doen zich veel situaties voor waarbij niet duidelijk is of zij onder de WGBO of onder de Wet Bopz vallen. Doordat echter middelen of maatregelen bij vrijwillig opgenomen bewoners worden toegepast en daarnaast een groot aantal 'bopz-situaties' onder de WGBO worden geplaatst, ontstaat het gevaar dat veel vrijheidsbeperkingen buiten het wettelijk kader van de Wet Bopz plaatsvinden.

Daarnaast gaat de Wet Bopz uit van medische termen zoals behandelingsplan, het opheffen van een geestesstoornis en geneesheer-directeur. De term behandelingsplan is inmiddels vervangen door zorgplan. De meeste instellingen hebben ook een geneesheer-directeur

aangesteld, op aandringen van de Inspectie. Deze termen mogen echter niet verhinderen dat geen gevolg wordt gegeven aan de intenties van de Wet Bopz. De kern van de wet is immers dat medewerkers moeten leren verantwoord om te gaan met de toepassing van vrijheidsbepurende maatregelen. Om deze doelstelling te bewerkstelligen, zullen echter ook begrippen als verzet inzichtelijker gemaakt moeten worden binnen de sector verstandelijk gehandicaptenzorg.

3.7.3 Psychogeriatric

Ook de sector psychogeriatric is inmiddels bekend met de Wet Bopz. Dit geldt nog in mindere mate voor de verzorgingshuizen die pas sinds 1 december 1999 een Bopz-aanmerking kunnen aanvragen. De Wet Bopz is echter ook voor de psychogeriatric geen gemakkelijke wet en bevat tal van begrippen die nader geoperationaliseerd moeten worden. Daarnaast moeten medewerkers van psychogeriatric instellingen en verzorgingshuizen met een Bopz-aanmerking meer bekend worden met de inhoud van de Wet Bopz.

3.7.3.1 Bekendheid met bepalingen

Zorgplan

In verpleeghuizen werd al voor de invoering van de Wet Bopz met een zorgplan gewerkt. Toch voldoen de zorgplannen nog niet aan de eisen van de Wet Bopz. Vrijheidsbeperkingen worden niet allemaal genoteerd in het zorgplan. Dit geldt met name bij bedekken en toedienen van medicijnen. Daarbij moet overigens wel inzichtelijk zijn wat onder een middel of maatregel wordt verstaan.

Rol van vertegenwoordiger en bewoner

De rol van de vertegenwoordiger neemt langzamerhand toe. Dit kan nog niet gezegd worden van de bewoner. In de evaluatie valt weinig terug te vinden over de inbreng van de bewoner bij bijvoorbeeld het zorgplan.

Dwangbehandeling

Net als in de verstandelijk gehandicaptenzorg is men niet bekend met dwangbehandeling. Begrippen zoals dwang en verzet moeten inzichtelijker worden gemaakt en kenbaar worden gemaakt op de werkvloer.

Middelen of maatregelen: toepassing, registratie en melding

Behalve met separeren, is de psychogeriatric bekend met alle vormen van middelen of maatregelen. Bij fixatie en toedienen van medicatie realiseert het personeel zich nog onvoldoende dat ook in deze gevallen sprake is van een middel of maatregel. Daarnaast wordt het begrip gevaar voor de toepassing van middelen of maatregelen ruim opgevat. Als strikt de criteria van de Wet Bopz gevolgd zouden worden, zouden veel minder middelen of maatregelen toegepast mogen worden. Gevaar dient nader geoperationaliseerd te worden.

Uit de nulmeting kwam naar voren dat wisselend gedacht wordt over het nut van registreren van middelen of maatregelen. De eerste evaluatie laat al een ander beeld zien. Medewerkers geven aan dat door de registratie inzichtelijker wordt, wat allemaal in het verpleeghuis gebeurt. Tegelijk blijkt dat veel middelen of maatregelen niet worden geregistreerd omdat het personeel zich niet voldoende realiseert dat sprake is van een middel of maatregel.

Huisregels

Onduidelijk is het onderscheid tussen huisregels en beperkingen in de bewegingsvrijheid. Huisregels zijn niet altijd bekend op de werkvloer. Daarnaast gelden er ook afdelingsregels. Beperkingen in de bewegingsvrijheid dienen vastgelegd te worden in het zorgplan. Maar dat gebeurt nog te weinig.

3.7.3.2 De Wet Bopz een geschikt kader voor verpleeghuizen?

In verpleeghuizen, en sinds kort ook in verzorgingshuizen, heeft zich in de afgelopen jaren een cultuurverandering voorgedaan. Door het van toepassing verklaren van de Wet Bopz in deze sector, moeten vrijheidsbeperkingen verantwoord worden in het zorgplan. Handelingen die vroeger als vanzelfsprekend werden beschouwd, mogen nu niet meer zomaar toegepast worden. Als het gaat om het verantwoorden van het toepassen van vrijheidsbeperkingen is de Wet Bopz geschikt voor de verpleeghuizen. Personeel gaat bewuster nadenken over bedhekken, Zweedse banden en rolstoelbladen. In de psychogeriatric is men het eens over de uitgangspunten van de Wet Bopz: bewuster omgaan met de toepassing van vrijheidsbeperkingen.

In de Wet Bopz zitten echter ook tal van begrippen waar verpleeghuizen nog weinig mee bekend zijn. Een begrip als dwangbehandeling is nog niet voldoende bekend. Dit hangt samen met de interpretatie van verzet. Verzet van een wilsonbekwame bewoner wordt veelal niet als verzet gekwalificeerd. Van belang lijkt ook de reden van de toepassing van middelen of maatregelen. In veel gevallen is de reden niet, conform de Wet Bopz, 'gevaar' maar spelen medische overwegingen een doorslaggevende rol.

4

Uitkomsten psychogeriatricie

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken die verkregen zijn uit de praktijkonderzoeken die verricht zijn in de psychogeriatricie. Deze onderdelen zijn, zoals eerder vermeld, de enquête die verstuurd is naar alle verpleeghuizen en verzorgingshuizen met een Bopz-aanmerking, de interviews die binnen 4 verpleeghuizen en 2 verzorgingshuizen zijn gehouden, de dossiersstudies die in dezelfde instellingen zijn verricht en tot slot de gegevens die uit BopzIS zijn verkregen.

De onderzoeksresultaten zullen per thema worden besproken. Ter introductie volgt allereerst een profiel van de instellingen waar de zorg plaatsvindt. Daarna start de rapportage met een beschrijving van de rol van de bewoner en de vertegenwoordiger in het proces van totstandkoming en uitvoering van het zorgplan. In paragraaf 4.3 volgt een verdieping van de totstandkoming en inhoud van het zorgplan. In de daarop volgende paragraaf wordt ingegaan op de uitvoering van het zorgplan, waarbij tevens zal worden ingegaan op dwangbehandeling en de toepassing van middelen of maatregelen. Paragraaf 4.5 bespreekt het registreren en melden van dwangbehandeling en middelen of maatregelen. Tot slot wordt ingegaan op de uitspraken die in de praktijk zijn gedaan over de geschiktheid van de Wet Bopz in de psychogeriatricie.

4.2 Toelichting op de dataverzameling

De basis voor dit onderzoek wordt in de eerste plaats gevormd door een vragenlijst die verstuurd is naar 325 verpleeghuizen en 24 verzorgingshuizen. Op de enquête reageerden 205 verpleeghuizen (63,1%) en 14 verzorgingshuizen (58,3%). Een non-responsonderzoek gaf geen indicatie dat een specifieke groep potentiële respondenten niet heeft gereageerd. De uitkomsten moeten daarom redelijk betrouwbaar worden geacht.

In de tweede plaats zijn interviews gehouden met medewerkers en vertegenwoordigers van bewoners in vier verpleeghuizen en twee verzorgingshuizen. Bovendien zijn in iedere instelling vier dossiers onderzocht. In getalsmatig opzicht zijn deze aantallen uiteraard niet representatief voor de hele psychogeriatricische sector. Bij de uitkomsten van dit onderzoeksgedeelte moet bij de interpretatie daarom enige voorzichtigheid in acht worden genomen. Tijdens de interviews was echter sprake van een redelijke eenvormigheid, zodat onderzoekers de indruk hebben dat de uitkomsten een aardige impressie geven.

Ter vergroting van de betrouwbaarheid van het onderzoek is tot slot een invitational conference gehouden. Een verslag daarvan is als bijlage (2) bij dit rapport opgenomen.

Een uitgebreidere beschrijving en verantwoording van de onderzoeksopzet treft u aan in hoofdstuk 2.

4.2.1 Profiel instellingen en juridische status bewoners

De bezochte verpleeghuizen zijn alle gemengde instellingen, dat wil zeggen dat er zowel psychogeriatrische als somatische bewoners zijn. Drie van de vier instellingen zitten in hoogbouw. Daarvan heeft één instelling de psychogeriatric-afdelingen op de begane grond. Eén instelling heeft alles gelijkvloers. Het is een modern verpleeghuis, enige jaren geleden gebouwd. De bebouwing is zodanig, dat psychogeriatrische bewoners door het huis rond kunnen lopen, zonder dat ze een deur tegenkomen. Ook is er een binnentuin, waar ze ongehinderd kunnen komen.

Van de twee bezochte verzorgingshuizen heeft één al een paar jaar een verpleegafdeling die is aangesloten bij een verpleeghuis binnen het verzorgingshuis. De ander heeft een psychogeriatric-meerzorgafdeling. Tot op heden is de afdeling nog niet afgesloten. Binnenkort gaat dit wel gebeuren. Verder maakt het verzorgingshuis deel uit van een organisatie die ook een verpleeghuis onder de geledingen heeft. Dit huis bevindt zich in hetzelfde pand.

Van de bezochte instellingen hebben er twee nadrukkelijk een beleid om in beginsel niet te fixeren. Er worden geen Zweedse banden gebruikt. Van alle bezochte huizen hebben twee een indeling per afdeling naar de mate van dementie. Bij één van de verpleeghuizen wordt een indeling naar leefstijl van de bewoners gemaakt. Gekeken wordt wie het best op welke afdeling past. De overige verpleeghuizen verdelen de psychogeriatrische bewoners willekeurig over de psychogeriatric-afdelingen.

Op de psychogeriatric-meerzorgafdeling in het verzorgingshuis en in één van de verpleeghuizen wordt op de afdeling met de bewoners gekookt. Er is geen centrale keuken. Dit heeft als voordeel dat de bewoners bij het dagelijkse levensonderhoud betrokken worden en dat er bovendien meer toezicht op de afdeling is. In beide huizen vinden beduidend minder middelen of maatregelen plaats dan de andere. In het verzorgingshuis heeft dit ook met het niveau van de bewoners te maken. Als het ziekteproces op een gegeven moment zover is gevorderd, dat geen goede zorg meer kan worden geboden, worden de bewoners overgeplaatst naar een pg-afdeling van het bijbehorende verpleeghuis.

Van alle bezochte instellingen heeft er één een Bopz-beleidsplan dat in de praktijk ook gehanteerd wordt. Twee hebben in het geheel geen beleidsplan en drie instellingen zijn bezig met de ontwikkeling van een beleidsplan. Twee instellingen hebben een Bopz-commissie, dat wil zeggen een commissie die zich bezighoudt met de implementatie en het toezicht op de Wet Bopz. In beide gevallen is de toezichtfunctie nog in ontwikkeling.

Iedere bezochte instelling bevindt zich in een andere provincie in het land.

De instellingen die deelgenomen hebben aan de enquête zijn voor het overgrote deel middelgroot. Hieronder volgt een overzicht van het totaal aantal psychogeriatrische bewoners in de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Tabel 4.1 aantal opgenomen psychogeriatrische bewoners in procenten

Aantal bewoners	Verpleeghuizen (n=203)	Verzorgingshuizen (n=14)
Geen	1.0	14.3
1-50	12.7	78.6
51-100	35.1	0
101-200	40.5	7.1
Meer dan 201	10.7	0

In totaal zijn volgens de deelnemende verpleeghuizen aan de enquête 23.870 psychogeriatrische bewoners opgenomen. Van die bewoners heeft 78,5% een artikel 60-indicatie (de zogeheten Bopz-indicatie) en is 20,7% vrijwillig opgenomen. Een zeer kleine groep is opgenomen door middel van een rechterlijke machtiging (0,7%) of een inbewaringstelling (0,06%; dit zijn 15

inbewaringstellingen). In de deelnemende verzorgingshuizen zijn 417 psychogeriatrische bewoners opgenomen. Daarvan hebben er 3 een rechterlijke machtiging (0,007%). Inbewaringstellingen komen in het geheel niet voor. 83,5% van de bewoners heeft een Bopz-indicatie en 15,8% is vrijwillig opgenomen.

Een kanttekening moet gemaakt worden bij het aantal opgegeven bewoners met een Bopz-indicatie. Hoewel bij de vragenlijst een definitie van het begrip is bijgevoegd, blijkt uit de interviews dat in de praktijk niet altijd duidelijk is, of een bewoner een indicatie voor een psychogeriatrische afdeling heeft gekregen van het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) of dat de bewoner een Bopz-indicatie heeft gekregen.

In de verdere onderzoeksrapportage wordt als het gaat om bewoners die een Bopz-status hebben (dit is een Bopz-indicatie, RM of IBS) van Bopz-bewoners gesproken. In plaats van vrijwillig opgenomen bewoners, wordt ook wel de term niet-Bopz-bewoners gebruikt.

Van de deelnemende verpleeghuizen heeft 2,6% in het geheel geen Bopz-bewoners (n=191). 14,2% van de verzorgingshuizen heeft geen Bopz-bewoners (n=14).

4.3 Wils(on)bekwaamheid en vertegenwoordiging

Centraal in de verpleging en verzorging van de psychogeriatrische bewoner staat uiteraard de bewoner zelf. Nagegaan is in hoeverre de bewoner zelf inspraak heeft inzake de manier waarop de zorg rondom hem wordt georganiseerd. Daarbij valt allereerst op dat 85,7% van de verpleeghuizen standaard een vertegenwoordiger aanwijst en daarbij geen onderscheid maakt tussen bewoners die vrijwillig of bewoners die onvrijwillig (dus via een RM, IBS of artikel 60-procedure) opgenomen zijn. Slechts 2,9% voert geen speciaal beleid ten aanzien van vertegenwoordiging. 5,1% stelt alleen een vertegenwoordiger aan bij Bopz-bewoners en 8,3% doet het alleen bij wilsonbekwame bewoners. Bij verzorgingshuizen is deze verdeling nagenoeg gelijk. Voordeel van het in een vroeg stadium aanwijzen van een vertegenwoordiger is dat de bewoner zelf nog inspraak zou kunnen hebben wie deze rol op zich zou moeten nemen. Aan de andere kant bestaat het gevaar dat het vroeg inschakelen van een vertegenwoordiger ten koste gaat van de inspraak die een bewoner zelf nog heeft. Dit idee wordt gedeeltelijk ondersteund door het antwoord op de vraag aan wie bij het opstellen van het zorgplan toestemming wordt gevraagd. Uit onderstaande tabel blijkt dat bijna 40% van de verpleeghuizen in het geheel geen toestemming vraagt aan de bewoner. Bij de verzorgingshuizen bedraagt dit percentage 70% (n=14). Vrijwillig opgenomen bewoners lijken overigens veel vaker bij de totstandkoming van het zorgplan te worden betrokken. Hier wordt in 12,7% van de instellingen in geen enkel geval toestemming gevraagd aan de bewoner.

Tabel 4.2 toestemming zorgplan in procenten (meerdere antwoorden mogelijk)

	Bopz-bewoner (n=205)	niet-Bopz-bewoner (n=205)
Bewoner	17.3	41.0
Bewoner, mits wilsbekwaam	46.7	46.3
Vertegenwoordiger	67.0	35.6
Vertegenwoordiger, als bewoner wilsonbekwaam	42.6	41.0
Anders	3.9	3.9
Niet van toepassing	1.5	12.2

Uit de enquête komt naar voren dat instellingen met vrijwillig opgenomen bewoners meer overleg plegen over het zorgplan dan met bewoners die op grond van een maatregel van de Wet Bopz zijn opgenomen. Dit beeld wordt echter niet bevestigd door de interviews. Op de werkvloer blijkt men in de onderzochte instellingen geen onderscheid te maken tussen Bopz-

bewoners en vrijwillig opgenomen bewoners. De status van de bewoner is veelal hooguit bekend bij de verpleeghuisarts en alle ondervraagde artsen gaven aan doorgaans geen onderscheid te maken tussen vrijwillig en onvrijwillig opgenomen bewoners.

Verder blijkt uit bovenstaande tabel dat in een groot aantal van de gevallen geen toestemming aan de bewoner wordt gevraagd. Men zou verwachten dat instellingen daarom een grondig onderzoek doen naar de wilsbekwaamheid van mensen. In de interviews wordt dit beeld echter niet bevestigd. Veel respondenten beschouwen de bewoner soms nog wel in staat om te beslissen over primaire zorgtaken als eten en drinken en wassen, maar vinden verder de bewoner eigenlijk wilsonbekwaam.

'Met de wensen van bewoners wordt zoveel mogelijk rekening gehouden(...) toch zie je vaker dat na opnemng de mensen snel achteruit gaan en dat van persoonlijke wensen of voorkeuren uiten weinig sprake meer is.' (zorgcoördinator)

'Zaken met betrekking tot de basiszorg kunnen mensen toch wel vaak lang zelf beslissen. Dan moet je denken aan het wel of niet wassen of dat iemand wel of geen kop koffie wil. Maar medische aangelegenheden worden alleen met de familie besproken. Dat kan toch eigenlijk geen enkele bewoner meer.' (zorgcoördinator)

Sommigen vinden dat het niveau van de mensen op de pg-afdeling in het verpleeghuis in het algemeen achteruit gaat, omdat mensen steeds later worden opgenomen op de pg-afdeling. Daardoor komt men minder vaak mensen tegen die nog wel in staat zijn beslissingen te nemen over het zorgplan.

Protocollen om de bekwaamheid te bepalen ten aanzien van het zorgplan, hebben de instellingen die onderzocht zijn, niet. Zoals één van de ondervraagde verpleeghuisartsen het uitdrukt:

'Het gaat om een gevoel, dat je bij een bewoner hebt: kan hij het aan – kan hij het niet aan. In de praktijk komt het aan op een Fingerspitzen-gevoel.' (verpleeghuisarts)

Andere ondervraagden gebruiken soortgelijke bewoordingen. Iedereen geeft wel aan de bewoner zeggenschap te geven als de persoon daartoe nog in staat is, maar dit komt slechts zelden voor. In één van de twee bezochte verzorgingshuizen ligt dit overigens anders. Daar blijken mensen bij binnenkomst op de psychogeriatrische meerzorgafdeling vaak nog wel in staat mee te praten over het zorgplan. Dit wordt in de praktijk dan zoveel mogelijk gehonoreerd.

Uit de interviews blijkt dat instellingen hun vertegenwoordiger doorgaans (eerste) contactpersoon noemen. Dat suggereert dat het niet om echte vertegenwoordiging zou gaan, maar respondenten geven in de interviews unaniem aan dat dit wel degelijk het geval is. Ook contactpersonen zelf voelen zich vertegenwoordiger van de bewoner voor wie ze verantwoordelijk zijn. Meestal is de vertegenwoordiger een naast familielid. Instellingen volgen hierbij overigens niet de rangorde die in artikel 7:465 BW of artikel 38 Bopz staat, maar laten het aan de familie zelf over wie vertegenwoordiger is. Als er geen naaste familie (meer) is, of wanneer daar geen contact meer mee is, kan ook iemand anders, bijvoorbeeld een goede vriend of kennis, of zelfs een buurvrouw met wie veel contact is, als contactpersoon/vertegenwoordiger optreden.

Sommige respondenten geven in dat geval wel aan iets terughoudender te zijn met het bespreken van het zorgplan. Ook inzage in het zorgplan wordt in dat geval in voorkomende gevallen niet altijd verleend. Een andere instelling geeft ook geen inzage in het dossier aan vertegenwoordigers die wel rechtstreeks familie zijn van de bewoner, want:

'In het zorgdossier staan ook werkaantekeningen van de arts; die mogen niet zomaar ingezien worden. Op dit punt wordt geen onderscheid gemaakt tussen de familie en de eerste contactpersoon; die mag het dossier dus ook niet zomaar inzien. Als ze bepaalde zaken van de arts

willen weten, dan raden we in het algemeen aan om een afspraak met de arts te maken.'
(zorgcoördinator)

Is helemaal niemand in de naaste omgeving beschikbaar als vertegenwoordiger, dan beslissen de zorgverleners in het algemeen zelf. Meestal gebeurt dit in gezamenlijk overleg tussen de verschillende disciplines.

Uit de interviews komt naar voren dat het contact tussen de verzorging en de vertegenwoordiger intensief is. Ook voor overleg met de arts is veel ruimte. Toch is het bij geen van de onderzochte instellingen regel dat de vertegenwoordiger (of de bewoner) aanwezig is bij de bespreking over het zorgplan.

4.4 Totstandkoming en inhoud zorgplan

Bopz-bewoners krijgen in 98% van de verpleeghuizen (n=205) die aan het onderzoek meewerkten altijd een zorgplan. Voor vrijwillig opgenomen bewoners is dit een fractie lager, namelijk 94,1%. De overigen geven aan regelmatig een zorgplan op te stellen voor de bewoners. In verzorgingshuizen krijgt 100% van de bewoners, zowel vrijwillig als onvrijwillig opgenomen, een zorgplan (n=14). De procedure rond de totstandkoming blijkt in de instellingen waar de interviews hebben plaatsgevonden tamelijk uniform. Doorgaans vindt vooraf een overleg plaats tussen de verantwoordelijke verzorgende en de vertegenwoordiger. Soms heeft de verpleeghuisarts ook een gesprek met de vertegenwoordiger. In deze gesprekken kan de vertegenwoordiger diens wensen kenbaar maken. Vervolgens vindt er een – veelal multidisciplinair – overleg (MDO) plaats, waarin het zorgplan wordt opgesteld. Naast verzorgende en arts zijn bij dit gesprek dikwijls aanwezig een psycholoog, een maatschappelijk werkende, een fysiotherapeut, en een logopedist. De samenstelling van het MDO is doorgaans afhankelijk van de zorg die de betreffende bewoner nodig heeft. Noch bewoner, noch vertegenwoordiger zijn in de regel bij het MDO aanwezig.

'De bewoner en de familie zitten niet bij het MDO, anders duurt het te lang'. (verpleeghuisarts)

'Bij het zorgplanoverleg zelf is de zorgvertegenwoordiger en de bewoner zelf in beginsel niet aanwezig. De ervaring leert dat dit te verwarrend werkt.' (verpleeghuisarts)

'Ik bespreek soms een aantal dingen wel op hun eigen niveau met ze. Maar als je zo'n zorgplanbespreking hebt, waarin een zorgplan wordt vastgesteld, waar Pietje en Jantje en alle therapeuten bijzitten, daar ga je geen demente patiënt bij zetten. Dat is onzin. Dat is zo complex, dan doe je mensen eigenlijk alleen maar onrecht, als je dat op ze af laat komen.' (verpleeghuisarts)

Over de mogelijkheden tot participatie van de bewoner bij de opstelling van het zorgplan zijn de respondenten verdeeld. Sommigen achten de bewoner niet meer in staat tot meebeslissen, terwijl anderen dit tot op zekere hoogte nog wel mogelijk vinden. Of het kan is sterk afhankelijk van de vraag waarover (mee)beslist moet worden, aan welke vorm van dementie de bewoner lijdt en hoever het ziekteproces is gevorderd.

'Dat moet per situatie worden bekeken. Waar mogelijk wordt de bewoner betrokken bij het zorgplan. Dat kan soms nog best, bijvoorbeeld bij vasculaire dementie is dat vaak nog heel goed mogelijk.' (verpleeghuisarts)

In het algemeen is de inspraak van de bewoner echter beperkt, omdat hij volgens de respondenten het vermogen niet meer heeft om over de zaken die in het zorgplan moeten worden vastgelegd, mee te beslissen. De vertegenwoordiging is meestal ook niet bij de zorgplanbe-

spreking aanwezig.

'De vertegenwoordiger zit erbij als wij het belangrijk vinden om die persoon erbij te betrekken of als die persoon dat zelf nadrukkelijke aangeeft als wens. Maar liever doe ik het niet, omdat je een ander gesprek krijgt als er een vertegenwoordiger bij zit. Je zegt niet alles wat je gezegd zou hebben of je zegt het anders als er een vertegenwoordiger bijzit, met als gevolg dat je na zo'n officieel overleg weer een schaduwoverleg krijgt.' (verpleeghuisarts)

In alle bezochte instellingen vindt vooraf wel een overleg met de vertegenwoordiger plaats en wordt na het zorgplanoverleg ook naar hem teruggekoppeld. Als een vertegenwoordiger er op staat dat hij het MDO bijwoont, mag dit eigenlijk ook in alle gevallen, maar een dergelijk stellig verzoek komt bij geen van de bezochte verpleeghuizen ooit voor.

In de verzorgingshuizen die bezocht zijn, worden bewoner en vertegenwoordiger wat nadrukkelijker bij de opstelling van het zorgplan betrokken:

'Bij de zorgplanbespreking zijn de bewoner en de vertegenwoordiger ook aanwezig. De ervaring is dat bewoners nog wel een aantal dingen zelf kunnen aangeven. Dit verschilt wel per individu. Met name essentiële zaken over leven en dood kunnen ze vaak nog zelf aangeven. Zeker op de PG-meerzorgafdeling kun je vaak nog goed met de mensen overleggen. Als ze bij binnenkomst al te slecht zijn, worden ze niet voor deze afdeling geïndiceerd. Dan gaan ze naar een verpleegafdeling.' (verpleeghuisarts)

'Als een bewoner de afdeling binnenkomt wordt er een zorgplan opgesteld. Het hoofd zorg en de teamleider daaronder doet dit dan samen met betrokkenen. In theorie wordt er ook met de bewoner gesproken, maar vaak wordt de bewoner begeleid en dan heb je eigenlijk het gesprek met het familielid en niet met de bewoner. (...) Er wordt desondanks wel altijd een poging gedaan om met de bewoner over het zorgplan te spreken. Je moet er toch op attent zijn dat hij je eerste contactpersoon is en dat de ander pas in zijn plaats treedt, als betrokkene niet meer kan en niet andersom.' (directeur)

Geen van de vertegenwoordigers die geïnterviewd zijn, is wel eens aanwezig geweest bij een zorgplanbespreking. Toch heeft niemand het gevoel dat de inspraak onvoldoende is. Vertegenwoordigers hebben allemaal het gevoel dat er naar ze geluisterd wordt, met name door de verzorgenden.

'Bij de zorgplan bespreking zelf ben ik niet aanwezig, maar ik word er wel heel erg nauw bij betrokken. Van tevoren wordt helemaal doorgenomen wat er allemaal besproken gaat worden. Ik vind dat ik voldoende inspraak heb. Als ik aangeef dat ik iets veranderd wil hebben, of dat er juist iets in opgenomen moet worden, dan wordt het ook besproken en dan gebeurt dat meestal ook wel. (...) Wat wel eens voorkomt is dat ik het met de medicijnen niet eens ben. Dat zijn wel eens moeilijke discussies want dan krijg je het punt tussen leek en arts. Maar dan ga ik gewoon door, want dan zie ik aan mijn vader dat hij niet goed reageert.' (vertegenwoordiger)

Na het MDO volgt een terugkoppeling van de uitkomsten naar de vertegenwoordiger. Deze kan op het voorgestelde zorgplan reageren. Als deze het met bepaalde punten van het zorgplan niet eens is, kan het zorgplan zonodig worden aangepast.

Enkele verpleeghuizen stellen in het begin (binnen zeven dagen) een tijdelijk zorgplan op. Na zes weken wordt dat plan dan geëvalueerd en omgezet in een definitief zorgplan.

Alle instellingen geven aan dat het beleid is om het plan regelmatig te evalueren, variërend van twee tot vier keer per jaar. Bij sommige instellingen komt het daar door tijdsdruk echter niet altijd van. In deze gevallen wordt er weer een speciaal MDO gehouden. Tussentijds kan het plan echter ook worden bijgesteld. In de wandelgangen vindt regelmatig overleg plaats met de

vertegenwoordiging, hetgeen tot aanpassingen kan leiden. Maar uiteraard kan de zorg die aan de bewoner geboden moet worden, ook om bijstelling van het plan vragen. Hoewel de procedure bij alle bezochte instellingen is dat het zorgplan regelmatig geëvalueerd wordt, kon dit bij slechts één instelling ook worden teruggevonden in het zorgdossier. In de dossiers van deze instelling zijn bijgestelde plannen opgenomen.

4.5 Uitvoering zorgplan, dwangbehandeling en middelen of maatregelen

Uit de onderzochte dossiers komt naar voren dat niet in alle gevallen sprake is van een duidelijk zorgplan. De mate van uitvoerigheid van de plannen wisselt sterk. Het varieert van een lijstje met noodzakelijk geachte interventies tot een uitgebreid rapport van onderzoek, de noodzakelijk geachte stappen en een onderbouwing daarvan en tot slot de verwachtingen van de uitvoering van de stappen. Meestal wordt een aparte indeling per discipline gemaakt van de zorg die de bewoner nodig heeft. Er zit altijd een medisch gedeelte en een zorggedeelte in. Andere disciplines zoals fysiotherapie, logopedie en maatschappelijk werk komen ook regelmatig terug.

In de onderzochte dossiers blijkt een aantal onderdelen geregeld terug te keren. Allereerst is vaak een korte levensgeschiedenis van de bewoner opgenomen. Deze wordt gereconstrueerd aan de hand van wat familie vertelt en wat de bewoner zich bij opnemings zelf nog herinnert. Dit is bedoeld om in de zorg later terug te kunnen grijpen op wensen van de bewoner en om opmerkingen van de bewoner over vroeger beter te kunnen plaatsen.

Een tweede onderdeel dat in alle dossiers terugkeert is de aard van de aandoening. In alle dossiers staat hiervan een duidelijke omschrijving. Opvallend daarbij is dat nergens is opgenomen in hoeverre de bewoner zelf nog in staat was om beslissingen ter zake te nemen. Toch geeft 39,6% van de verpleeghuizen in de landelijke enquête (n=205) aan in het zorgplan op te nemen in hoeverre de Bopz-bewoner wils(on)bekwaam is bevonden, terwijl 37,4% van de instellingen aangeeft dit voor vrijwillig opgenomen bewoners te doen. Bij de verzorgingshuizen zijn deze percentages vergelijkbaar.

Een ander punt dat in alle zorgplannen terugkeert is wie de vertegenwoordiger van de bewoner is. In vrijwel alle gevallen wordt daarbij, evenals in de interviews, van eerste contactpersoon gesproken. In sommige gevallen wordt er ook nog een tweede of derde contactpersoon genoemd. Een enkele maal bevat het plan expliciete aanwijzingen voor zorgverleners welke zaken expliciet met de vertegenwoordiger overlegd moeten worden, bijvoorbeeld omtrent verandering van medicatie of de toepassing van fixerende middelen, zoals Zweedse banden.

In alle dossiers staat beschreven welke medicatie (met name psychofarmaca) toegediend wordt, waarbij de reden voor toediening overigens niet altijd wordt vermeld. Regelmatig zijn ook middelen of maatregelen als bedoeld in het besluit middelen of maatregelen, in het zorgplan opgenomen. Bij twee instellingen wordt wel aangegeven dat middelen of maatregelen altijd in het zorgplan worden opgenomen, maar hebben onderzoekers dit in de dossiers niet of niet duidelijk kunnen terugvinden. Een verdere uiteenzetting over middelen of maatregelen volgt in de volgende paragraaf. Tot slot zijn toepassingen van andere vrijheidsbeperkende maatregelen in de zin van artikel 40 Bopz in de dossiers niet aangetroffen.

4.5.1 Middelen of maatregelen in het kader van behandeling

Uit de interviews komt naar voren dat middelen of maatregelen, indien noodzakelijk, eerst tijdelijk gedurende een periode van maximaal zeven dagen worden toegepast. Na zeven dagen vindt een evaluatie plaats. Blijken de toegepaste middelen of maatregelen te voldoen, dan worden deze opgenomen in het zorgplan.

De verpleeghuizen geven aan de volgende middelen of maatregelen in het zorgplan op te nemen:

Tabel 4.3 middelen of maatregelen in het zorgplan in procenten (meerdere antwoorden mogelijk)

	Bopz-bewoner (n=197)	niet-Bopz-bewoner (n=155)
Fixatie	99.0	70.3
Afzondering	68.5	42.6
Dwangmedicatie	81.2	44.5
Gecamoufleerd toedienen medicatie	69.5	44.5
Onder dwang toedienen van voedsel en/of vocht	66.5	39.4
Andere middelen of maatregelen	15.6	16.1
N.v.t.	0.5	18.1

Bij 'andere middelen of maatregelen' wordt dikwijls genoemd: alle vormen van vrijheidsbeperkingen en zaken als 'kledingkast op slot' of het reguleren van sigarettengebruik.

Hoewel middelen of maatregelen bij vrijwillig opgenomen bewoners lager scoren, valt in bovenstaande tabel op dat ze niettemin ook bij deze groep regelmatig in het zorgplan worden opgenomen.

Ook bij de verzorgingshuizen (n=14) wordt fixatie het meest in het zorgplan opgenomen (92,9%). In vergelijking tot de verpleeghuizen komt dwangmedicatie (42,9%) en ook het onder dwang toedienen van voedsel of vocht (35,7%) beduidend minder voor in het zorgplan. De overige middelen of maatregelen worden vergelijkbaar in het zorgplan opgenomen. Wat vrijwillig opgenomen bewoners betreft worden middelen of maatregelen in vergelijking tot verpleeghuizen over de hele linie minder in het zorgplan opgenomen. Het meest nemen de verzorgingshuizen bij vrijwillig opgenomen bewoners het gecamoufleerd toedienen van medicatie in het zorgplan op (38,5%).

In de instellingen waar de interviews zijn gehouden nemen, zoals gezegd, de meesten middelen of maatregelen pas in het zorgplan op, als het betreffende middel nog steeds noodzakelijk is. Vaak wordt het dan eerst een week op proef gedaan. Uit de interviews komt naar voren dat fixatie verreweg het meest toegepast wordt. Dit wordt ondersteund door bovenstaande tabel.

Instellingen gebruiken, indien middelen of maatregelen worden toegepast, steeds meer een zogeheten middelen of maatregelen-formulier. Hierop wordt vermeld welke maatregel wordt genomen, wat de reden van toepassing is en of de bewoner en diens vertegenwoordiger akkoord zijn met de toepassing. De bezochte instellingen hebben al zo'n formulier of zijn er mee bezig. Opvallend is dat voor medicatie in geen van de instellingen een dergelijk formulier wordt ingevuld, terwijl wel Bopz-achtige medicatie, zoals psychofarmaca wordt gebruikt. Zo geven sommige verpleeghuisartsen aan sederende medicatie als alternatief voor fixatie te gebruiken. In de dossiers zijn ook toepassingen van onder andere haldol en neuroleptica aangetroffen. Uit de enquête komt naar voren dat dwangmedicatie regelmatig in het zorgplan wordt opgenomen. Desondanks geven respondenten in de interviews aan dat dwangmedicatie maar zelden voorkomt. Wel gebeurt het vaker dat de bewoner medicatie niet wil slikken. Vaak is de reden dat het slikken niet lukt. In dat geval wordt de medicatie dikwijls via bijvoorbeeld pap of appelmoes toegediend. Dit ziet men niet in alle gevallen als 'gecamoufleerd' toedienen, ofwel omdat bij het verstrekken van de pap wordt gezegd dat de medicijnen zijn toegevoegd, ofwel omdat de reden van het toedienen van de medicijnen via de pap een somatische is.

In de enquête is gevraagd in hoeverre middelen of maatregelen daadwerkelijk worden toegepast. Daarbij maakte het niet uit of het gaat om middelen of maatregelen die worden toegepast in het kader van artikel 38 Bopz (intentie behandeling) of artikel 39 Bopz (intentie beveiliging).

Het blijkt dat instellingen lang niet altijd duidelijkheid kunnen geven in deze gegevens. Geaggregeerde gegevens ontbreken nog vaak. Lang niet alle instellingen hebben een geautomatiseerd systeem om deze gegevens te verkrijgen. Slechts bij één van de zes instellingen waar de interviews zijn gehouden, worden de gegevens met betrekking tot de toegepaste middelen of maatregelen centraal bijgehouden. Soms kiest een instelling zelfs bewust voor niet registreren:

'We hadden dus altijd wel een registratie van die beschermende maatregelen maar niemand die daar ooit iets mee deed. En alles wat je aan registratie-instrumenten ontwikkelt, dat blijft alleen maar functioneren als het een zinnig doel dient, wat terugkoppeling geeft aan degene die het registratie-instrument gebruikt, wie er het werk voor moet doen. En anders dan raakt het gewoon buiten gebruik' (verpleeghuisarts en beleidsverantwoordelijke Bopz)

Omdat gegevens niet altijd goed bekend zijn in instellingen of gemakkelijk toegankelijk zijn, hebben veel respondenten in de enquête een schatting gegeven of soms helemaal niet geantwoord op de vraag hoe frequent toepassing van middelen of maatregelen voorkomt. Hieronder volgt een overzicht van de cijfers. Daarbij moet, zoals in hoofdstuk 2 reeds uiteen werd gezet, in ogenschouw worden genomen dat het hierbij slechts om een indicatie gaat van het aantal bewoners op wie middelen of maatregelen worden toegepast.

Tabel 4.4 totaal aantal bewoners op wie middelen of maatregelen worden toegepast in verpleeghuizen

	Bopz-bewoners		niet-Bopz-bewoners	
	Instellingen	Bewoners	Instellingen	Bewoners
Fixatie	125	5682	81	38
Afzondering	93	1513	68	520
Dwangmedicatie	90	1439	66	320
Gecamoufleerd toedienen medicatie	102	2703	61	713
Onder dwang toedienen van voedsel en/of vocht	79	1180	64	308
Andere middelen of maatregelen	47	756	37	171

De cijfers van de verzorgingshuizen zijn hier niet in de rapportage betrokken. De groep psychogeriatrische bewoners per instelling, alsmede de groep deelnemende instellingen is te klein om verpleeg- en verzorgingshuizen op dit punt serieus met elkaar te vergelijken. Ook hier komen echter middelen of maatregelen zowel bij Bopz-bewoners, als niet Bopz-bewoners voor.

In de praktijk blijkt fixatie verreweg het meest toegepaste middel te zijn in verpleeg- en verzorgingshuizen. Fixeren gebeurt op verschillende manieren, bijvoorbeeld door het plaatsen van bedhekken, het gebruik van verpleegdekens, het plaatsen van een tafelblad voor de rolstoel, of het gebruik van Zweedse banden in bed of in de (rol)stoel. Andere, wat minder directe, genoemde toepassingen zijn het plaatsen van de bewoner in een diepe stoel waar hij of zij niet meer uitkomt, het strak tegen de tafel aanschuiven, en het gebruik van contactmatten in of naast het bed, dan wel het plaatsen van een elektronisch oog naast het bed. Zodra de bewoner uit bed komt, wordt dan een verzorgende gealarmeerd. Geïnterviewde professionals zijn unaniem goed op de hoogte van wat als middel of maatregel gezien dient te worden. Vertegenwoordigers weten dit in het algemeen wat minder goed.

Respondenten in de interviews vertellen middelen of maatregelen het meest toe te passen vanwege valgevaar en ter bescherming van de bewoner.

'Er komt een fase in de dementie, waarop mensen evenwichtsstoornissen krijgen en daardoor

gaan vallen, of anderszins dusdanig verzwakken dat ze niet of moeilijk meer kunnen lopen. Om gevaarssituaties te voorkomen zul je in deze uiterste gevallen over moeten gaan tot fixeren. In X gebeurt dat dus alleen met een tafelblad.’ (directeur en verpleeghuisarts)

‘Met betrekking tot de toepassing van middelen of maatregelen wordt een terughoudend beleid gevoerd. Het komt wel voor dat ze gebruikt worden, met name belmatten en bedhekken. De reden dat dit dan toegepast wordt, is valgevaar. Soms wordt er ook een tafelblad gebruikt, maar eigenlijk nooit om vallen te voorkomen. Dit middel is bedoeld opdat mensen bijvoorbeeld goed kunnen eten.’ (verpleeghuisarts)

‘Wat is fixatie? Je hebt ook mensen die krabben zichzelf helemaal tot bloedens toe kapot, vooral ook in de schaamstreek en niemand weet waarom. Die mensen krijgen van mij een verpleegdeken. Tenzij ze dat onrustig maakt, dan doen we het eigenlijk niet hoor, dan is het toch een afweging, maar ja het sterke onrustgedrag dat je niet kunt verklaren, wat je niet kunt beïnvloeden, leidt er wel eens toe dat je dat doet.’ (verpleeghuisarts)’

‘Helemaal ontkomen doe je er niet aan. Iedereen krijgt op een gegeven moment een patiënt waarbij het vanwege valgevaar toch moet. (...)En je merkt gewoon dat mensen onrustig worden in tijden van personeelstekort.’ (verpleeghuisarts en beleidsverantwoordelijke Bopz)

‘Onrust is bijvoorbeeld een belangrijke oorzaak van toepassing. De oorzaak hiervan is in het algemeen dat er geen personeel is, of dat er te weinig activiteiten zijn. De oplossing wordt nu gezocht in het werken met vrijwilligers tussen 17.00 en 21.00 uur.’ (beleidsverantwoordelijke Bopz)’

‘Uitgangspunt is dat een bewoner gevaar veroorzaakt voor zichzelf, voor zijn omgeving of voor de instelling. Mogelijke gevaarssituaties ontstaan in de instelling door onrust, vallen, 's nachts lopen en niet slapen. Een bekende reden is motorische onrust bij bewoners. Dat kun je eigenlijk alleen oplossen door fixeren of een time-out. (...) Als iemand stelselmatig aan het roepen is of anderszins onrustig, kan dat ook weer leiden tot onrust van medebewoners. Een time-out kan dan noodzakelijk zijn. Dit gebeurt op de eigen kamer met de deur open. Mensen kunnen dan niet zelfstandig van de kamer af, omdat ze doorgaans in hun (rol-)stoel zitten met een band. Soms wordt er ook een kinderhekje gebruikt.’ (verpleeghuisarts)

‘Als een bewoner agressief is, is het zaak hier een aanpak voor te bedenken. Eerst kijken we naar de oorzaak van de agressie: hoe komt het dat iemand van de ene op de andere dag zo is? Als het echt niet anders kan worden er middelen of maatregelen gebruikt.’ (verzorgende)

‘Het komt ook wel eens voor dat mensen niet willen eten. Als dat één keer gebeurt, is er nog niets aan de hand. Is de weigering structureler dan wordt met de familie en de arts overlegd. Soms wordt dan toch besloten om enkele dagen een infuus te geven en dan weer te kijken.’ (verzorgende)

Samenvattend worden in de onderzochte instellingen middelen of maatregelen toegepast:

- vanwege valgevaar, door evenwichtsstoornissen of onrust bij de bewoner,
- ter bescherming van de bewoner,
- vanwege agressie van de bewoner, en
- vanwege een weigering om te eten of drinken.

4.5.2. Dwangbehandeling

Dwangbehandeling kan zich op twee momenten voordoen. Het eerste moment is als de zorgaanbieder en de bewoner en/of de vertegenwoordiger het niet eens worden over het zorgplan en uitvoering toch noodzakelijk is om ernstig gevaar te voorkomen. Het andere als bewoner en/of vertegenwoordiger het niet eens is dat bepaalde onderdelen van het zorgplan uitgevoerd worden. Ook dan mag alleen uitvoering plaatsvinden, als dit noodzakelijk is om ernstig gevaar te voorkomen.

Tabel 4.5 gevolgen geen overeenstemming uitvoering zorgplan in procenten

Gevolgen voor uitvoering zorgplan als bewoner niet volgens gemaakte afspraken behandeld wil worden	Bopz-bewoner (n=203)	Niet-bopz-bewoner (n=188)
Behandeling wordt uitgevoerd	1.0	0.7
Behandeling wordt alleen uitgevoerd als sprake is van ernstig gevaar	72.4	43.6
Behandeling wordt niet uitgevoerd	8.4	22.9
Anders	9.4	10.6
N.v.t.	7.4	18.1
Onbekend	1.0	4.3

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de meeste verpleeghuizen, als men met bewoner of vertegenwoordiger niet tot overeenstemming is gekomen over het zorgplan, alleen de behandeling doorzetten als er sprake is van ernstig gevaar. Opvallend is voorts dat maar een vijfde van de instellingen de behandeling niet uitvoert, als het gaat om vrijwillig opgenomen bewoners.

Ook de tweede situatie waarin dwangbehandeling is toegestaan, is onderzocht. Uit het onderzoek komt naar voren dat er nauwelijks een onderscheid wordt gemaakt tussen de tweede en de eerste situatie. Het enige verschil is dat iets meer instellingen in dat geval de behandeling of verzorging doorzetten, ongeacht de vraag of er sprake is van ernstig gevaar (5,5%).

In verzorgingshuizen komt eveneens dwangbehandeling voor en wel in beide situaties. Ook hier zijn niet of nauwelijks verschillen tussen beide situaties. Het percentage (n=13) dat dwangbehandeling uitvoert in geval van het niet tot overeenstemming komen over het zorgplan bedraagt, als er sprake is van ernstig gevaar 46,2%, in alle gevallen 7,7% en op andere wijze eveneens 7,7%. 5 verzorgingshuizen (38,5%) vulden 'niet van toepassing' in.

Omdat behandeling of verzorging tegen de wil van bewoners een grote inbreuk maakt op het zelfbeschikkingsrecht is het belangrijk dat instellingen zorgvuldig het moment bepalen dat dwang noodzakelijk is. Onderzocht is daarom of protocollen ontwikkeld zijn om te bepalen wanneer dwangbehandeling geïndiceerd is. Het blijkt dat ongeveer de helft van de verpleeghuizen geen protocol heeft voor de situatie dat men het niet eens kan worden over het zorgplan. 22,1% van de verpleeghuizen (n=204) heeft een protocol voor zowel Bopz-bewoners, als niet-Bopz-bewoners en 30,9% heeft een protocol alleen voor Bopz-bewoners. Nog minder verpleeghuizen hebben een protocol voor de situatie dat bezwaar bestaat tegen (onderdelen van) de uitvoering van het zorgplan. 53,7% heeft niet een dergelijk protocol. Bij verzorgingshuizen bedraagt dit percentage zelfs 71% (n=14). Twee van de instellingen waar de interviews plaatsvonden hebben een protocol voor verzet tegen uitvoering van het zorgplan. Dit protocol is in beide gevallen opgenomen in het Bopz-beleidsplan. Eén daarvan was op het moment van interviewen nog niet ingevoerd binnen de instelling.

4.5.2.1 Verzet

Uit bovenstaande komt naar voren dat dwangbehandeling in de meeste gevallen conform de wet wordt toegepast, als men het niet eens is over de uitvoering van (onderdelen van) het zorgplan en er sprake is van ernstig gevaar. Uit de interviews blijkt echter dat zorgverlener en bewoner en/of vertegenwoordiger het zelden oneens zijn over de inhoud van het zorgplan. Toch komen vrijheidsbeperkende maatregelen regelmatig voor, alleen krijgt toepassing ervan zelden het predikaat 'dwang'. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Veel respondenten zien alleen verzet van de familie als reden om te melden. Verzet van bewoners wordt zelden als zodanig geïnterpreteerd, omdat men sommige weigeringen inherent aan het ziektebeeld vindt. Daarnaast wordt aangegeven dat bewoners altijd even moeten wennen aan een nieuwe

situatie, of dat zorgverleners de bewoner niet meer bekwaam achten om bedenkingen te hebben tegen zorg en behandeling.

'Ik heb een mevrouw als ik die tegenkom op afdeling, die zegt altijd tegen mij, u moet de deur voor me openmaken, want ik moet naar B. (plaatsnaam). Is dat verzet tegen het verblijf in een instelling? Dat is natuurlijk belachelijk om dat zo te interpreteren, want dan moeten we elke dag met die mevrouw in de slag en met de Inspectie. Dus wij vinden dat dat iets is wat bij die mevrouw hoort en daar gaan we dan op een validerende manier mee om. Dan gaan we met haar over B. praten, hoe het daar vroeger was en dan wordt ze bij de arm genomen en weggevoerd van de deur. En zo zijn er een heleboel gedragingen van mensen die, waarvan wij zeggen, dat hoort eigenlijk bij de persoon, dat is de manier waarop die persoon met zijn handicap omgaat en er zijn ook bepaalde manieren waarop mensen reageren als er dingen aan ze gebeuren die vreemd voor ze zijn.' (verpleeghuisarts)

Met betrekking tot beleid inzake hoe te handelen bij verzet komt uit de interviews naar voren dat men weliswaar de bewoner in het algemeen wilsonbekwaam acht, maar dat artsen en verzorgenden toch wel degelijk reacties van bewoners proberen te peilen en daar zoveel mogelijk rekening mee houden. Besluit men vervolgens toch een maatregel toe te passen, dan wordt geprobeerd de minst ingrijpende maatregel te nemen. Gaat het echter om de vraag of er een noodzaak is tot melden, dan nemen zorgverleners alleen het verzet van de familie serieus. Ten aanzien van het overleg met familie wordt gezegd dat men eigenlijk met hen altijd wel tot overeenstemming komt. Daarbij rijst echter de vraag in hoeverre die overeenstemming vrijwillig tot stand komt. Sommige respondenten gebruiken wel eens enige druk om tot overeenstemming te komen:

'Er loopt nu een casus die wellicht zal worden doorgegeven aan de Inspectie: een familie wil dat hun moeder rond kan lopen, terwijl volgens de arts de moeder niet meer mag lopen. Er is een second opinion aangevraagd. De keuze is ofwel dwang of middelen of maatregelen-nood, ofwel overplaatsing van de vrouw naar een ander verpleeghuis. Als je met de familie niet tot overeenstemming komt, ben ik zelf eigenlijk toch meer voor het laatste. Stel dat je vastlegt: 'geen middelen of maatregelen bij deze patiënt'. Als er dan iets gebeurt later, stelt zo'n familie je toch aansprakelijk als instelling.' (directeur)

'Laatst was er bijvoorbeeld nog een familie die zich tegen toepassing van een Zweedse band verzette. Er is toen gezegd: ga er dan maar een nacht bijzitten, dan zie je dat het noodzakelijk is. In dit geval is met de familie afgesproken het een week aan te zien. Ze zijn uiteindelijk akkoord gegaan.' (verpleeghuisarts)

Toch voelen de geïnterviewde vertegenwoordigers zich zelden onder druk gezet en als het gaat om toepassing van middelen of maatregelen, zijn ze unaniem van mening dat het verpleeg- of verzorgingshuis zich terughoudend opstelt en dat ze zelf zonodig zouden doordrukken om hun familielid een (beschermende) maatregel te laten krijgen:

'Mijn moeder is nog niet valgevaarlijk; in dat geval zouden er maatregelen genomen moeten worden.' (vertegenwoordiger)

'Als het met mijn moeder slechter zou gaan, zou ik veel eerder zelf voorstellen om een bedhek of een blad voor de rolstoel te doen om te voorkomen dat mijn moeder weer op de grond kwam te liggen, en dan eventueel weer een heup zou breken. Ik vind het belangrijk dat moeder niet valt.' (vertegenwoordiger)

'Om die riemen heb ik zelfs zelf verzocht, omdat mijn man al een paar keer was gevallen. Ook heeft mijn man op mijn verzoek haldol gekregen. Daar zijn we overigens thuis al mee begonnen, anders was hij helemaal niet meer te hanteren, vanwege dat schreeuwen waar ik het

straks al over had. Hij was bovendien ook agressief. Die medicatie was dus absoluut noodzakelijk.’ (vertegenwoordiger)

‘Na zijn operatie aan de prostaat had mijn vader last van schokken. Dan zat hij ineens zomaar naast zijn stoel. Ik heb toen gezegd dat hij wel gefixeerd moest worden, omdat ik niet wilde dat hij zou vallen. Dat druiste wel in tegen de visie van het verpleeghuis, dus dat maakte wel wat discussie los. Na veel discussies zijn we uitgekomen op een blad en daar zit hij nu veilig achter.’ (vertegenwoordiger)

Samenvattend komt dwangbehandeling in de onderzochte instellingen maar weinig voor, omdat verzet van bewoners zelden als verzet in de zin van artikel 38 Wet Bopz wordt geïnterpreteerd en daardoor alleen verzet van vertegenwoordigers een factor van belang is bij de overweging om dwangbehandeling toe te passen. Tot verzet van vertegenwoordigers komt het niet snel, omdat vertegenwoordigers enerzijds onder druk gezet worden om tot overeenstemming met de zorgverlener te komen, en anderzijds zelf vaak nog meer dan de instelling willen dat hun familielid door toepassing van middelen of maatregelen beschermd worden.

4.5.3 Noodsituaties

Noodsituaties kunnen om uiteenlopende redenen voorkomen in de instelling. In de enquête zijn een aantal mogelijke oorzaken voorgelegd en is gevraagd of dit binnen de instelling wel eens een reden kan zijn om middelen of maatregelen toe te passen. Ook konden instellingen zelf andere oorzaken invullen. Dit geeft de volgende verdeling:

Tabel 4.6 redenen toepassing middelen of maatregelen in procenten

	Bopz-bewoner (n=204)	niet-Bopz-bewoner (n=180)
Ter bescherming van de bewoner	95.6	67.2
Omdat de bewoner agressief is	79.9	53.3
Uit therapeutisch oogpunt	13.2	7.2
Uit pedagogisch oogpunt	1.0	0
Een tekort aan personeel	10.8	6.1
Anders	15.2	11.7
Niet van toepassing	1.0	16.7

Bescherming en agressie zijn de meest voorkomende redenen om in een noodsituatie middelen of maatregelen op een bewoner toe te passen. Opvallend is dat een tekort aan personeel ook in een aantal gevallen genoemd wordt als reden. De verzorgingshuizen geven geen noemenswaardig andere frequentieverdeling te zien. Het enige in het oog springende verschil is dat agressie bij vrijwillig opgenomen bewoners minder vaak als reden wordt opgegeven om middelen of maatregelen toe te passen (14,3%; n=14).

Uit de interviews blijkt dat als men het heeft over bescherming het dan in de eerste plaats gaat over valgevaar. Ook het openkrabben van de huid is een reden om middelen of maatregelen toe te passen, bijvoorbeeld door middel van een verpleegdeken, een plukpak of Zweedse banden. Over personeelstekort in relatie tot toepassing van middelen of maatregelen worden eveneens veelvuldig opmerkingen gemaakt. Hieronder volgt een selectie:

‘s Nachts is er één ziekenverzorgende per afdeling (31 bewoners). De gangen zijn lang. Soms kan er veel gebeuren. Beddekken zijn meestal ook noodzakelijk. Verschillende bewoners worden ook met een Zweedse band vastgezet. Voor bewoners die nog zelf kunnen lopen zijn er contactmatten. De ZV-er wordt dan gewaarschuwd zodra deze zijn bed uitkomt. Een schoudermat kan een alternatief zijn voor een Zweedse band. Deze wordt in de instelling nog niet echt gebruikt. Weinig personeel is dus zeker een reden voor toepassing middelen of maatregelen.’ (verpleeghuisarts)

'Ook minder personeel leidt tot onrust en meer toepassingen van middelen of maatregelen.'
(verpleeghuisarts)

'Er zijn ook geen vaste tijden om naar bed te gaan. Een uitzondering is als mensen door twee personeelsleden naar bed gebracht moeten worden, dan moet dat gebeuren voordat de nachtdienst er is, want dat is er maar één.' (verzorgende)

We hebben natuurlijk ook grote fluctuaties in de kwantiteit van het personeel. Dit [de zomer] is bijvoorbeeld een hele moeilijke tijd. Middelen of maatregelen komen dan meer voor, maar ik heb het gevoel dat we daar zorgvuldig mee omgaan.' (verpleeghuisarts)

'Maar een kleinschalige omgeving doet al heel veel natuurlijk, waar je meer toezicht kunt bieden, waar je mensen meer afleiding kunt bieden, waar je mensen meer activiteiten kunt bieden. En je merkt gewoon dat mensen onrustig worden in tijden van personeelstekort. En ja, beschermende maatregelen zijn dan wel eens meer nodig.' (verzorgende)

Ook familie en vertegenwoordigers merken wel eens dat te weinig personeel of te onervaren personeel leidt tot meer middelen of maatregelen.

'Het vervelende is ook dat er niet altijd genoeg en even ervaren personeel was. Dat is een beperking waar de instelling toen niet zoveel aan kon doen. Wat ik vooral als heel vervelend heb ervaren is dat mijn man in zijn stoel gehouden werd door banden en dat er veel te weinig met hem gelopen werd. Terwijl ik zelf weet als fysiotherapeut hoe belangrijk dat is.' (vertegenwoordiger)

'Ik vind ook so wie so dat er veel te veel meisjes werken die veel te jong zijn (16 of 17 jaar) en die niet goed genoeg opgeleid zijn om te werken met pg-bewoners. Ik kan me dan wel voorstellen dat die pg-bewoners rustelozter en weerspanniger worden en dat daar dan weer maatregelen tegen genomen worden. Ze merken echt wel dat ze gecommandeerd worden door zo'n jong grietje. Op de PG moet je mensen zetten die het een beetje aankunnen. Dat is natuurlijk wel makkelijk gezegd, want er is geen personeel.' (vertegenwoordiger)

Voor noodsituaties heeft 75% van de verpleeghuizen een protocol (n=201). 43,9 % heeft dit alleen voor Bopz-bewoners, één instelling heeft dit alleen voor vrijwillig opgenomen bewoners (0,5%) en de overige instellingen hebben het voor beide groepen. Bij de bezochte instellingen is bij twee instellingen een protocol aangetroffen voor noodsituaties.

In de landelijke enquête is ook voor noodsituaties geïnventariseerd hoe vaak middelen of maatregelen worden toegepast. Evenals bij tabel 4.4 zijn in deze tabel de toepassingen in verzorgingshuizen niet meegenomen.

Tabel 4.7 aantal toepassingen middelen of maatregelen in noodsituatie in procenten

	Bopz-bewoners		niet-Bopz-bewoners	
	Instellingen	Bewoners	Instellingen	Bewoners
Fixatie	125	2271	22	577
Afzondering	93	960	64	462
Dwangmedicatie	90	999	61	463
Gecamoufleerd toedien medicatie	102	863	61	496
Onder dwang toedienen van voedsel en/of vocht	79	707	60	449
Andere M of M	47	40	36	68

Opvallend is dat relatief weinig instellingen hebben geantwoord dat zij vrijwillig opgenomen

bewoners fixeren. Het aantal vrijwillig opgenomen bewoners, waarbij fixaties worden toegepast is bij deze groep juist opvallend hoog. Deze getallen laten zich niet zomaar verklaren.

Uit bovenstaande komt naar voren dat de praktijk in de geïnterviewde instellingen met betrekking tot toepassing van middelen of maatregelen is, dat ze zodra ze noodzakelijk worden geacht, eerst zeven dagen uitgeprobeerd worden, als noodmiddel of maatregel. Beantwoorden de middelen of maatregelen aan het gestelde doel, dan worden ze opgenomen in het zorgplan. Van dwangbehandeling is vervolgens maar zelden sprake, omdat verzet van de bewoner in het algemeen niet als zodanig geïnterpreteerd wordt, of omdat dan zolang naar een minder ingrijpend middel gezocht wordt totdat de bewoner zich in de beperking kan vinden. Met familie wordt meestal overlegd totdat overeenstemming is bereikt. Ook voor toepassingen buiten het zorgplan wordt overlegd met familie. Een tweede reden waardoor dwangbehandeling minder vaak voorkomt is dat familie/vertegenwoordigers vaak zelf eerder vinden dat er een noodzaak tot dwangtoepassingen is dan de zorgverleners.

4.6 Registratie en melding

Een belangrijk systeem in de Wet Bopz om transparantie te bewerkstelligen is de registratie van middelen of maatregelen, en de melding van dwang en noodsituaties aan de Inspectie. De opvattingen over wanneer toepassing van een middel of maatregel leidt tot dwang, hebben gevolgen voor het melden, maar minder voor het registreren. Alle ondervraagde instellingen hebben een beleid om middelen of maatregelen altijd te registreren. Uit de dossiers komt echter naar voren dat dit lang niet altijd consistent gebeurt. Tussen de regels, bijvoorbeeld in het zorgverslag, kan soms gelezen worden dat een fixatie is toegepast, zonder dat daar een formulier voor is ingevuld. Voor psychofarmaca werd nergens een middelen of maatregelen-formulier aangetroffen. In slechts één bezochte instelling worden de middelen of maatregelen centraal geregistreerd en bijgehouden. In de meeste andere instellingen is men wel bezig om een centraal registratiesysteem op te zetten.

Melding van middelen of maatregelen aan de Inspectie komt bij alle ondervraagde instellingen maar weinig voor, omdat van dwang volgens de ondervraagden zelden sprake is. Daarbij wordt vrijwel uitsluitend gekeken naar wat familieleden van de toegepaste maatregel vinden. Pas als deze in hun verzet persisteren, wordt er gemeld. Ook voor middelen of maatregelen die in een noodsituatie worden toegepast, wordt vóór de toepassing of zo snel mogelijk daarna toestemming gevraagd, zodat ook hier volgens de instellingen de noodzaak tot melden komt te ontbreken.

In de enquête is gevraagd in hoeverre registratie en melding voorkomen. De vraag is gesteld voor drie situaties, voor dwang naar aanleiding van het niet tot overeenstemming komen over het zorgplan, voor dwang omdat bewoner of vertegenwoordiger zich verzet tegen uitvoering van een onderdeel van het zorgplan en voor dwang in een noodsituatie. Tussen de eerste twee situaties zijn nauwelijks verschillen in uitkomst waar te nemen, vandaar dat alleen dwang na verzet tegen een deel van de uitvoering van het zorgplan is gepresenteerd, omdat dit de meest voorkomende situatie is. Volgens de respondenten in de interviews komt het niet tot overeenstemming komen van het hele zorgplan in de praktijk nooit voor. Overigens komt het volgens de respondenten ook nauwelijks voor dat familie het niet eens is met de uitvoering van (delen van) het zorgplan.

‘Verzet de bewoner zich en blijven de middelen of maatregelen nodig dan wordt het gemeld. Ik vind dat er sprake is van verzet, als iemand een tafelblad heeft en hij geeft herhaaldelijk te kennen dat hij écht weg wil. Als het binnen het ziektebeeld valt, wat nogal eens voorkomt, bijvoorbeeld een vrouw die naar huis wil om te koken, of haar kinderen op wil wachten omdat

die van school thuiskomen – terwijl die kinderen al jaren het huis uit zijn, dan hoort dat bij het ziektebeeld. Dan is het geen verzet.’ (verpleeghuisarts en directeur)

‘Dwangbehandeling kan ontstaan doordat een vertegenwoordiger zijn toestemming onthoudt aan uitvoering van het behandelplan. Daar heb ik geen ervaring mee, wel lastige families, maar daar praat je dan mee en dan zie je tot een vergelijk te komen of je past je behandelplan aan of je krijgt alsnog toestemming. Maar in de zin van dat familie zegt, ik wil dit absoluut niet en ik zeg, en het moet toch. Dat soort situaties hebben we hier eigenlijk nauwelijks. En dan gaat het, als het al zo is om bijvoorbeeld een pneumonie bij een patiënt met een levenstestament, moet je die wel of niet behandelen. Dat heeft niks met de Bopz te maken, dus daar ga ik ook niks over melden, als we daar verschil van inzicht over hebben.’ (verpleeghuisarts en beleidsverantwoordelijke Bopz)

‘Als iemand stelselmatig aan het roepen is of anderszins onrustig, kan dat ook weer leiden tot onrust van medebewoners. Een time-out kan dan noodzakelijk zijn. Dit gebeurt op de eigen kamer met de deur open. Mensen kunnen dan niet zelfstandig van de kamer af, omdat ze doorgaans in hun (rol-)stoel zitten met een band. Soms wordt er ook een kinderhekje gebruikt. Een dergelijke time-out wordt eigenlijk niet gemeld.’ (directeur)

Ook in de enquête is gevraagd in hoeverre instellingen middelen of maatregelen registreren en melden. Voor verpleeghuizen leverde dit de volgende frequentieverdeling op.

Tabel 4.8 registratie en melding middelen en maatregelen bij Bopz- en niet-Bopz-bewoners in procenten

	Dwang		Nood	
	Bopz (n=193)	Niet-Bopz (n=181)	Bopz (n=201)	Niet-Bopz (n=177)
In alle gevallen geregistreerd	70.5	51.9	85.6	60.5
Geregistreerd afhankelijk van zwaarte maatregel	13.0	7.2	6.5	6.2
Geregistreerd, anders	1.6	3.9	1.5	2.3
In alle gevallen gemeld	30.1	14.9	36.3	18.6
Gemeld, afhankelijk van zwaarte maatregel	28.5	14.9	23.4	16.4
Gemeld, anders	5.2	3.3	10.9	5.1
Niet van toepassing	8.3	26.5	5.0	23.2
Onbekend	3.6	11.0	0.5	11.3

Uit bovenstaande tabellen kan worden afgeleid dat minder dan een derde van datgene wat gemeld zou moeten worden, ook daadwerkelijk gemeld wordt aan de Inspectie. Uit de interviews en reacties op de enquêtes komt naar voren dat lang niet altijd duidelijk is wat er gemeld dient te worden. Er bestaan geen eenduidige richtlijnen voor, zodat iedere instelling zijn eigen beleid hanteert. Dat betekent dat cijfers tussen instellingen onderling ook niet te vergelijken zijn. De 14 deelnemende verzorgingshuizen aan de enquête registreren en melden in vergelijking tot de verpleeghuizen beduidend minder. Dit kan om twee redenen het geval zijn. In de eerste plaats, omdat de toestand van de psychogeriatrische bewoners zodanig is, dat toepassingen van middelen of maatregelen niet noodzakelijk is. In de tweede plaats, omdat de ervaring met registratie en melding nog niet zodanig is dat dit vlekkeloos kan plaatsvinden.

In 2000 werden de volgende middelen of maatregelen bij de Inspectie gemeld. De eerste tabel laat het aantal dwangbehandelingen zien, de tweede het aantal middelen of maatregelen naar aanleiding van een noodtoestand.

Tabel 4.9 aantal dwangbehandelingen 2000 (bron: BopzIS-2)

	Man	Vrouw	Totaal
Groningen, Friesland en Drenthe	11	12	23
Gelderland en Overijssel	25	35	60
Utrecht en Flevoland	6	9	15
Noord-Holland	9	2	11
Zuid-Holland	48	75	123
Noord-Brabant en Zeeland	7	11	18
Limburg	2	2	4
Totaal	108	145	254

In vergelijking met de middelen of maatregelen die volgens de enquête worden toegepast, blijkt dat middelen of maatregelen bij tenminste 22 maal zoveel Bopz-bewoners voorkomen als wordt gemeld bij de Inspectie. Ervan uitgaande dat ieder dwangmiddel apart aan de Inspectie moet worden gemeld, loopt het verschil zelfs op tot 53 maal zoveel. Het aantal toepassingen bij vrijwillig opgenomen bewoners is daarbij nog niet meegerekend.

Tabel 4.10 aantal middelen of maatregelen n.a.v. noodtoestand 2000 (bron BopzIS-2)

	Man	Vrouw	Totaal
Groningen, Friesland en Drenthe	9	1	10
Gelderland en Overijssel	4	9	13
Utrecht en Flevoland	0	1	1
Noord-Holland	3	4	7
Zuid-Holland	21	26	47
Noord-Brabant en Zeeland	4	3	7
Limburg	4	10	14
Totaal	45	54	99

Het totaal Bopz-bewoners bij wie in noodtoestand middelen of maatregelen worden toegepast, bedraagt 5840 en het totaal vrijwillig opgenomen bewoners 2515. Maximaal 1,7% van het aantal toepassingen bij Bopz-bewoners wordt dus gemeld aan de Inspectie. Tenminste 18,6% van de instellingen meldt toepassingen bij vrijwillig opgenomen bewoners wel bij de Inspectie, maar deze registreert dit niet. Een duidelijke verklaring voor de onderrapportage van toepassing van middelen of maatregelen naar aanleiding van een noodtoestand, is er niet. Mogelijkerwijs vindt men een gebrek aan een duidelijk teken van verzet van de bewoner ook hier een reden om niet te melden. Uit de interviews komt wel naar voren dat men het nut van melding niet altijd onderkent. Dat kan dan voortvloeien uit het feit dat men nooit gemerkt heeft dat de Inspectie met de gegevens iets doet.

'Belangrijk aan registratie is dat het ook zin moet hebben. Op dit moment gebeurt er volgens mij nog te weinig mee. De Inspectie koppelt te weinig terug. De contacten met de Inspectie zijn wisselend. Onlangs heeft de inspecteur aangegeven dat medicijnen die via pap en dergelijke, verstrekt worden, eigenlijk ook moeten worden gemeld. Dat gaat mij dus echt te ver.' (verpleeghuisarts)

'In het algemeen ben ik van mening dat de hele meldingsprocedure uitvoerig is en ik vraag me af wat het eigenlijk allemaal toevoegt.' (verpleeghuisarts)

'In het begin meldde ik frequent. Ik merkte echter nooit dat de Inspectie er iets mee deed. Tegenwoordig maak ik met de vertegenwoordiger vaker afspraken over verzet.' (verpleeghuisarts)

Een andere reden waarom er minder gemeld wordt is wellicht het feit dat er nogal eens verwarring optreedt met de WGBO. Uit de interviews komt naar voren dat sommige middelen of maatregelen worden toegepast om medische redenen. De WGBO schrijft in tegenstelling tot de Wet Bopz melding na verzet van een patiënt niet voor.

Samenvattend komt uit het onderzoek naar voren dat de registratie van middelen of maatregelen wel veelvuldig plaatsvindt, maar nog lang niet altijd op een manier die maakt dat de gegevens ook toegankelijk zijn. Verder blijkt dat er veel meer middelen of maatregelen worden toegepast, dan er gemeld worden bij de Inspectie. In de eerste plaats komt dit voort uit het feit dat veel toepassingen niet als dwangtoepassingen worden gezien. Voor een deel is die ondermelding echter ook te wijten aan het idee dat de Inspectie te weinig met de gegevens doet. Daardoor ervaren instellingen melding als nutteloos.

4.7 Huisregels en beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid

85,2% van de verpleeghuizen (n=202) heeft huisregels opgesteld voor de instelling. 62,9% heeft die huisregels op schrift gesteld en 22,3% heeft dit niet gedaan. 14,4% zegt dat er geen huisregels gelden. Bij de verzorgingshuizen wijken deze percentages niet noemenswaardig af. Onderzocht is in hoeverre de beperkingen die artikel 40 Bopz noemt, in de huisregels geregeld worden.

Tabel 4.11 in huisregels opgenomen beperkingen ex artikel 40 Bopz in procenten

Beperking	Percentage (n=192)
Controleren van post*	8.3
Beperkingen in ontvangen van bezoek*	10.9
Beperkingen in bewegingsvrijheid	31.8
Beperkingen op vrij telefoonverkeer*	8.9
Geen van bovengenoemde maatregelen wordt in de huisregels geregeld	46.9
N.v.t.	18.2

Volgens artikel 40 Bopz mogen de beperkingen die met een asterisk zijn aangegeven niet worden opgelegd aan Bopz-geïndiceerde bewoners. Uit de tabel blijkt echter dat deze beperkingen bij een aantal verpleeghuizen toch voorkomen. Aangezien er maar weinig bewoners met RM of IBS zijn, en in de praktijk niet of nauwelijks onderscheid wordt gemaakt tussen bewoners met verschillende juridische status, is het mogelijk dat deze huisregels in betreffende instellingen in strijd met de wet worden toegepast.

In de verzorgingshuizen (n=14) worden de vrijheidsbeperkingen van artikel 40 Bopz maar weinig in huisregels opgenomen. 71,4% heeft geen vrijheidsbeperkende maatregelen in de huisregels vastgelegd. Eén instelling heeft beperkingen in de bewegingsvrijheid opgenomen (7,1%). De overige beperkingen zijn niet aangetroffen.

Als de bezochte instellingen al huisregels op schrift hebben staan, dan komen deze voor in het informatieboekje dat bewoner en familie bij de opname uitgereikt krijgen. Dikwijls noemen respondenten het feit dat op de afdeling niet gerookt mag worden, de belangrijkste beperkende huisregel. Overigens wordt vaak oogluikend toegestaan dat bewoners wel op de afdeling roken. Personeel en bezoek mogen het echter nadrukkelijk niet. Op een afdeling met alcoholisten wordt alcohol achter slot en grendel bewaard. Een andere instelling heeft als huisregel dat familie niet zomaar zorgdossiers mag lezen. Eén instelling hanteert bezoektijden, die per afdeling worden vastgesteld. Die staan dus niet op schrift. Hier wordt ook de slaapkamer overdag op slot gedaan vanwege de privacy van de mensen.

Het feit dat een psychogeriatrische afdeling gesloten is, wordt in het algemeen niet specifiek in de huisregels opgenomen. Ook andere beperkingen die in de praktijk voorkomen, zoals het overdag afsluiten van de eigen slaapkamer of (kleding)kasten die worden afgesloten, herkennen respondenten vaak niet als huisregel.

4.8 Samenloop met WGBO

De Wet Bopz en de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) kunnen overlap vertonen bij toepassing van dwang. In de WGBO is dwang toegestaan als een wilsonbekwame patiënt zich verzet tegen een voorgenomen behandeling, waarvoor een vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven (artikel 7:465 lid 3 BW). Dit is eveneens toegestaan als het een ingrijpende verrichting of behandeling betreft, al geldt dan als extra voorwaarde dat behandeling noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen (artikel 7:465 lid 6 BW). Belangrijk onderscheid met de Wet Bopz is dat in dit geval van deze dwangbehandeling geen melding aan de Inspectie hoeft te worden gedaan. Ook schrijft de WGBO geen registratie voor zoals de Wet Bopz dit doet.

Uit het onderzoek komt naar voren dat 31,8% van de psychogeriatrische instellingen (n=129) problemen heeft met de samenloop van de Wet Bopz en de WGBO. Met name bij toepassing van middelen of maatregelen is lang niet altijd duidelijk of het gaat om een 'Bopz'-situatie of om een 'WGBO'-situatie. Als een middel of maatregel om medische redenen voorgeschreven wordt, is de algemene opvatting dat in dat geval niet geregistreerd en gemeld hoeft te worden, omdat deze situatie onder artikel 7:465 lid 6 BW valt. Daarbij kan het om ingrijpende middelen gaan, zoals het toepassen van sederende medicatie, Zweedse banden, bedhekken of tafelbladen.

'De Inspectie is een keer geweest en die vond wel dat er meer gemeld moest worden. De pillen die door de appelmoes worden gemengd, moesten volgens hem ook worden gemeld. Ik vind dit niet echt nodig, omdat de reden van het op deze manier verstrekken van medicijnen is dat inname met water niet lukt.' (verpleeghuisarts)

Verder is de WGBO van toepassing, als het gaat om dwangtoepassingen van middelen of maatregelen bij vrijwillig opgenomen bewoners. Mocht dwang bij deze bewoners voorkomen, dan wordt dit volgens de respondenten ook aan de Inspectie gemeld, hoewel de wet het niet voorschrijft. De Inspectie registreert dit dan echter niet. Dat melding in zulke gevallen niet noodzakelijk is, is bij de meeste respondenten niet bekend.

4.9 Geschiktheid Wet Bopz

Tijdens de interviews is aan respondenten, voor zover ze daar iets over konden zeggen, gevraagd in hoeverre ze van mening zijn dat de Wet Bopz een toegevoegde waarde heeft voor de psychogeriatricie. Geen van de ondervraagden vindt dat de wet in de huidige opzet voldoet. Unaniem is men echter wel positief over de doelstelling van de wet: het versterken van de rechtspositie van de psychogeriatrische patiënt. Ook vindt men het belangrijk dat er toezicht is op beperkingen die op bewoners worden toegepast. Belangrijke tekortkomingen van de wet vinden respondenten:

- De wet is te rigide. Voor grensgevallen is er te weinig handelingsruimte.
'Maar stel dat je alles strikt volgens de wet zou moeten doen, dan moet je je afvragen of je een individuele bewoner, die de neiging heeft om vanavond naar buiten te gaan, en waarvan degene die bij de poort zit denkt van: ik weet niet of dat wel zo verstandig is, dan zou dat niet zomaar kunnen van: doet u dat nou maar niet. En feitelijk als betrokke-

ne dan van plan is om het toch door te zetten, wat is er dan op tegen om zo iemand bij de arm te pakken en te zeggen van ik zal u maar even terug naar uw kamer brengen. Maar je zit dan op de grens van wat kan en wat niet kan. Of iemand wel of niet onder de Bopz valt. Als je een speciale afdeling hebt, dan kun je zeggen, als iemand ontsnapt is, dan moet die terug naar die afdeling. Maar als iemand die elders in het gebouw is, al psychogeriatrisch is, en storend, dwalend, verward gedrag vertoont, gedrag waarvan je denkt dat het niet verantwoord is, dan zit je op het grensgebied, waarbij je je afvraagt: waar is nu het individu en zijn vrijheid van handelen? En waar moet je nu als zorgverleningsinstantie handelend optreden? Bij die grenssituaties kom je dan met de wet in de knel: formeel mag je niet optreden, maar als zorgverlener heb je toch een bepaalde verantwoordelijkheid op je genomen. En dan vind ik toch dat je dat individu in zijn vrijheid moet beperken.' (directeur)

- De wet vergt teveel aan administratieve handelingen. Soms vindt men de handelingen op zichzelf niet onwerkbaar, maar is het nut ervan niet duidelijk. Er gebeurt niets of te weinig met de informatie die verzameld moet worden. Er volgt zelden een terugkoppeling vanuit de Inspectie.
- De wet is bedoeld voor tijdelijke toepassingen van middelen of maatregelen, waarna ze weer opgeheven worden. Daar is bij psychogeriatrische bewoners geen sprake van: deze groep bewoners gaat alleen maar verder achteruit en wordt niet meer beter.
- De gebruikte terminologie in de wet is geschreven voor de psychiatrie en sluit onvoldoende aan op de psychogeriatrie.

'Ik vind natuurlijk wel, dat je ook met demente mensen een goede bejegening nodig hebt, maar ik vraag me af of het zware accent op zelfbeschikking, wat binnen die Bopz nog de inspirerende factor is, of dat past op de situatie van mensen wier ziekte eigenlijk per definitie eigenlijk intervenueert met hun zelfbeschikking. Ik vind dat wat doorgesloten.' (verpleeghuisarts)

'Ik had een patiënt, eerst had die een CVA gekregen en daar had die een rolstoel voor gekregen met een blad daarop omdat anders de paretische arm geen ondersteuning had. Later is die man dement geworden en toen is-ie dus met zijn rolstoel en blad naar de PG gegaan, dat vond de inspecteur een vrijheidsbeperkende maatregel. Maar dat blad heeft die niet in verband met zijn dementie en dat krijgt hij ook niet ter afwending van gevaar en het heeft niks te maken met zijn geestelijke stoornis, het heeft te maken met zijn medische situatie, althans voor de dementie. Die man heeft een CVA, die man heeft een paretische arm, die heeft daar die ondersteuning voor. Vervolgens ging die man ook nog zo zitten wiegen in die stoel en dat interpreteerde ze, dat is verzet, zegt ze. Dat vind ik dus zo legalistisch gedacht, ik weet trouwens dat er andere Inspecties zijn die daar totaal anders mee omgaan.' (verpleeghuisarts en beleidsverantwoordelijke Bopz)

Somatische en psychische problematiek loopt dus door elkaar heen en is moeilijk te scheiden. De vraag rijst of deze problematiek dan onder de WGBO of de Wet Bopz valt, en of er in voorkomende gevallen dan wel of niet gemeld dient te worden aan de Inspectie.

- RM's zijn onnodig en drijven de zaak vaak onnodig op de spits. Als mensen eenmaal opgenomen zijn verdwijnt de weerzin tegen de opneming snel en komt de noodzaak tot de RM te vervallen. Een minder ingrijpende oplossing zou volgens respondenten een proefopneming in het verpleeghuis kunnen zijn. Sommige indicatiecommissies werken in de praktijk ook soms met tijdelijke indicaties.

Overigens wordt dikwijls voor een bewoner na het aflopen van een RM geen nieuwe meer aangevraagd. Ook wordt er dan geen oordeel gevraagd van de indicatiecommissie, waardoor zo'n bewoner dan formeel vrijwillig opgenomen is.

- De naam van de wet sluit onvoldoende aan bij de sector en roept volgens respondenten bij mensen negatieve associaties op.

In de enquête is aan instellingen gevraagd in hoeverre zij bij de toepassing problemen hebben met bepaalde termen uit de wet. Dit leverde voor verpleeghuizen de volgende resultaten op:

Tabel 4.12 moeilijkheden met begrippen uit de Wet Bopz in procenten

	Percentage (n=129)
Interpretatie van het begrip verzet	72.1
Interpretatie van het begrip 'volstrekt noodzakelijk'	28.7
Interpretatie van het begrip 'ernstig gevaar voor de patiënt of voor anderen'	37.2
Interpretatie van het begrip 'tijdelijke noodsituatie'	18.6
Onderscheid tussen de vrijheidsbeperkende maatregelen van artikel 40 en de maatregelen in het kader van de artikel 38 en 39 Bopz	20.9
Andere problemen	17.1

Bij 'andere problemen' worden veelal extra toelichtingen gegeven waarom men vindt dat de wet niet geschikt is voor de psychogeriatric, of waarom men met een van bovenstaande termen niet uit de voeten kan.

Door verzorgingshuizen is deze vraag nauwelijks ingevuld. 3 instellingen vulden de categorie 'anders' in.

Tot slot is bekeken in hoeverre het feit dat instellingen problemen hebben met deze begrippen, heeft geleid tot meer of minder toepassingen van middelen of maatregelen, in vergelijking tot instellingen die geen problemen hebben met deze begrippen. Er kon echter geen verband tussen gevonden worden tussen het hebben van problemen en het toepassen van middelen of maatregelen.

4.10 Samenvatting en voorlopige conclusie

De Wet Bopz is van toepassing op onvrijwillig opgenomen patiënten. Ruim 20% van de psychogeriatric bewoners in de verpleeg- en verzorgingshuizen is echter vrijwillig opgenomen. Uit het onderzoek blijkt dat middelen of maatregelen die de vrijheid beperken ook frequent worden toegepast op deze groep. Dit gebeurt ook als de bewoner hier zelf niet meer expliciet toestemming voor kan geven. Uit de interviews komt naar voren dat men weinig onderscheid maakt tussen Bopz-bewoners en vrijwillig opgenomen bewoners.

Voor zover mogelijk wordt bij het verlenen van zorg aan een bewoner rekening gehouden met diens opvattingen en wensen. Veelal vindt men echter dat een bewoner niet meer in staat is tot zinvolle uitingen met betrekking tot het opstellen van een zorgplan. In dat verband overleggen zorgverleners vooral met vertegenwoordigers. Bij het opstellen van het plan zelf zijn vertegenwoordigers vrijwel nooit aanwezig. Wel wordt vooraf en achteraf om hun mening gevraagd. Middelen of maatregelen worden dikwijls in het zorgplan opgenomen. Dit gebeurt pas als zorgverleners toepassing noodzakelijk achten. Voor toepassing van middelen of maatregelen wordt in de regel toestemming gevraagd aan de vertegenwoordiger. In de praktijk blijkt dat middelen of maatregelen veelvuldig worden toegepast, maar zelden worden gemeld. Uit BopzIS-2 komt slechts een fractie van het aantal meldingen naar boven, in vergelijking tot de cijfers die de instellingen bij dit onderzoek hebben gegeven.

Redenen voor toepassing van middelen of maatregelen zijn uiteenlopend, waarbij valgevaar, onrust, medische redenen en personeelstekort het meest in het oog springen. Een mogelijke oorzaak voor niet melden is dat verzet van bewoners zelden wordt gehonoreerd en dat voor

toepassing van middelen of maatregelen, vrijwel altijd vooraf of achteraf toestemming wordt gevraagd aan de vertegenwoordiger. Pas wanneer de vertegenwoordiger zich verzet, ontstaat voor de meeste instellingen een reden tot melding. Geen van de respondenten vindt de Wet Bopz echt geschikt voor de psychogeriatric. De idee achter de wet – het versterken van de rechtspositie van psychogeriatric patiënten en het niet zomaar toepassen van dwang – wordt onderschreven, maar de manier waarop de wet dat beoogt te realiseren, sluit onvoldoende aan bij de psychogeriatric. Zo leidt de gebruikte terminologie voor deze sector soms tot 'taalverwarring'

Hoewel de groep verzorgingshuizen waarop de Wet Bopz van toepassing is nog maar klein is, en de ervaringen van deze groep nog gering zijn, lijkt de voorzichtige conclusie gerechtvaardigd dat het werken met deze wet in deze instellingen niet tot andere uitkomsten zal leiden dan in verpleeghuizen. De verschillen tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen zijn minimaal. Voor zover er verschillen optreden is dit terug te voeren op wellicht toch een minder voortgeschreden ziekteproces van de opgenomen pg-bewoners, dan wel op minder ervaring met het werken met de Wet Bopz.

5

Uitkomsten verstandelijk gehandicaptenzorg

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de tweede wetsevaluatie van de Wet Bopz voor de sector verstandelijk gehandicaptenzorg weergegeven worden. De resultaten zijn gebaseerd op kwantitatieve en kwalitatieve gegevens. De kwantitatieve gegevens zijn afkomstig van de schriftelijke enquêtes die naar alle Bopz-instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg zijn gestuurd. De interviews en het dossieronderzoek, uitgevoerd in een aantal instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg, vormen de basis voor de kwalitatieve beschrijvingen van de resultaten. Daarnaast zijn de uitkomsten ter validering voorgelegd aan de genodigden van de invitational conference. De uitkomsten worden gepresenteerd aan de hand van de onderwerpen die centraal staan in de vraagstelling van dit onderzoek.

5.2 Toelichting op de dataverzameling

5.2.1 Methoden

Schriftelijke enquête

De schriftelijke enquête is naar alle instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg met een bopz-aanmerking gestuurd, in totaal 163 instellingen. De respons bedroeg 100 instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (61,3%). Om een verklaring te vinden voor de non-respons is bij het 2^e rappel een korte vragenlijst toegevoegd met daarin opgenomen de vraag of instellingen nog van plan waren om de vragenlijst te retourneren en zo nee, waarom niet. Op deze vragenlijst reageerden slechts 9 instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. De overige 54 instellingen hebben niets van zich laten horen. Onderzoekers hebben het vermoeden dat een groot deel van deze instellingen de mening deelt dat de Wet Bopz niet van toepassing is op hun populatie bewoners, aangezien een aantal van deze instellingen waarschijnlijk geen of nauwelijks Bopz-bewoners telt. Uit de schriftelijke enquête komt namelijk naar voren dat in maar liefst 35,2 % van de responderende instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg geen Bopz-bewoners verblijven.

Interviews en dossieronderzoek

Voor het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek zijn vier instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg uitgekozen. In elke instelling zijn die mensen geïnterviewd die rechtstreeks te maken hadden met de toepassing van de Wet Bopz, te weten:

- Iemand van de directie die beleidsbepalend was voor de uitvoering van de Wet Bopz, dan

wel iemand anders binnen de instelling die deze taak op zich had genomen

- Een arts en/of orthopedagoog of psycholoog
- Een zorgcoördinator of iemand anders die op de werkvloer direct contact met de bewoner en diens familie onderhield
- Een vertegenwoordiger van een bewoner
- Een bewoner

Invitational conference

De voorlopige uitkomsten en conclusies zijn tegen het einde van het onderzoek ter validering voorgelegd aan een aantal genodigden die werkzaam zijn in de sector verstandelijk gehandicaptenzorg.

5.2.2 Betrouwbaarheid van data

Bij de interpretatie van de uitkomsten van dit onderzoek moet enige voorzichtigheid in acht worden genomen. Hiervoor is een aantal redenen te noemen. Ten eerste hebben maar liefst 63 van de 163 instellingen niet gereageerd op de schriftelijke enquête, waardoor de kwantitatieve gegevens van de schriftelijke enquête gebaseerd zijn op iets meer dan 60% van alle instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek betreft slechts vier instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Daarnaast kwam uit de schriftelijke enquête naar voren dat maar liefst 35,2% van de 100 instellingen geen Bopz-bewoners in huis heeft. Een groot deel van de vragen in dit onderzoek had betrekking op zowel Bopz-bewoners als niet-Bopz-bewoners. De uitkomsten in de schriftelijke enquête gaven echter niet altijd duidelijk een verschil aan tussen beide groepen bewoners. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat degene die de enquête heeft ingevuld, geen correcte voorstelling heeft van het verschil tussen een Bopz-bewoner en een niet-Bopz-bewoner.

Kortom, de gegevens die in dit onderzoek worden gepresenteerd, geven een impressie van hoe met de Wet Bopz in de praktijk wordt omgegaan. Niet alle uitkomsten zullen even representatief zijn voor de hele sector verstandelijk gehandicaptenzorg. Een uitgebreidere beschrijving en verantwoording van de onderzoeksopzet staat omschreven in hoofdstuk 2.

5.3 Wils(on)bekwaamheid en vertegenwoordiging

Eén van de eerste vragen van de schriftelijke enquête had betrekking op de vraag of instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg een beleid hebben ten aanzien van vertegenwoordiging van bewoners. Meer dan 85% van de responderende instellingen geeft aan dat dit beleid niet alleen voor Bopz-bewoners geldt, maar voor alle bewoners die opgenomen worden.

Tabel 5.1 beleid van instelling inzake vertegenwoordiging bij bewoners in procenten

	(n=100)
Alle bewoners	85.7
Alleen bij wilsonbekwame bewoners	5.1
Anders	2.0
Geen speciaal beleid	7.1

Op grond van de interviews lijkt de voorkeur bij veel instellingen uit te gaan naar een wettelijk vertegenwoordiger. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen een Bopz-bewoner en een niet-Bopz-bewoner. Bij deze uitkomst moet wel in het achterhoofd worden gehouden, dat instellingen het onderscheid tussen een Bopz-bewoner en een niet-Bopz-bewoner niet altijd goed kunnen aangeven en/of niet op de hoogte zijn van de status van een bewoner. Hierdoor

wordt op de werkvloer elke bewoner vrijwel hetzelfde behandeld. Over de wijze van wettelijke vertegenwoordiging zijn de meningen verdeeld.

'Als vertegenwoordiger zie ik liever een curator, dan twee personen die mentor en bewindvoerder zijn. Eén aanspreekpunt is gemakkelijker.' (directeur zorg)

'Het beleid in deze instellingen is liever niet veel curatoren. De mensen die hier wonen zijn nog mondig genoeg. Als iemand onder curatele staat, heeft dat toch wel grote gevolgen. Hij mag bijvoorbeeld niet meer stemmen.' (psycholoog)

Bij opnemings van een verstandelijk gehandicapte adviseren instellingen de familie om een wettelijk vertegenwoordiger aan te stellen, aldus geïnterviewden. Hoewel 85,7% van de responderende instellingen aangeeft als beleid te hanteren dat iedere bewoner een vertegenwoordiger heeft, lukt het in de praktijk niet altijd om voor elke bewoner een vertegenwoordiger te vinden. Een deel van de geïnterviewde instellingen regelt bij afwezigheid van een vertegenwoordiger in veel gevallen zelf de financiën van een bewoner. Zij beschikken over een onafhankelijke stichting bewindvoering die de financiële belangen van een bewoner vertegenwoordigt bij het ontbreken van een andere vertegenwoordiger. Het wordt een stuk moeilijker als een bewoner geen vertegenwoordiger heeft en een medische beslissing genomen moet worden. Instellingen lossen dit probleem allen op hun eigen manier op. Soms tekent het hoofd zorg voor de kwaliteit van het zorgplan en de overige medische zaken. In andere gevallen wordt in multidisciplinair overleg een beslissing genomen.

'Als bewoners geen vertegenwoordiger hebben, tekent voor het financiële gedeelte de stichting bewindvoering. Als het om andere zaken gaat, is dat heel lastig. Als het om een medische ingreep gaat, is het heel vervelend dat er niemand is om mee te overleggen. We doen dan maar wat het beste voor hem is.' (arts)

'Zorginhoudelijk komt het op een zorgteam aan als er geen vertegenwoordiger is. Je zorgt als Eerst Verantwoordelijke Begeleider en als team voor zo goed mogelijke zorg.' (zorgcoördinator)

Instellingen overleggen regelmatig met de vertegenwoordiger. Dit gebeurt in mindere mate met de bewoners. Uit de interviews komt naar voren dat bewoners al snel als wilsonbekwaam worden beschouwd.

'Bewoners zijn zelden wilsbekwaam. We onderscheiden daar een aantal gebieden onder. Sommige bewoners zijn zeer wilsbekwaam om een kleur jurk uit te zoeken, maar kunnen absoluut geen toestemming geven voor een ingreep.' (arts)

'Aan een bewoner met een Bopz-indicatie hoef je geen toestemming te vragen, aangezien deze mensen wilsonbekwaam zijn verklaard bij de opname.' (arts)

Er bestaan vooralsnog geen duidelijke criteria om vast te stellen of iemand wilsbekwaam is of niet. In een van de geïnterviewde instellingen wordt gebruik gemaakt van juridische literatuur, zoals de Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid⁸.

'We bepalen het een en ander in multidisciplinair overleg en hopen dan consensus te bereiken over de mate van wilsbekwaamheid, ook met de vertegenwoordiger: kan hij dit zelf bepalen of niet?' (zorgcoördinator)

'Wilsonbekwaamheid is een vaag begrip. In sommige gevallen weten ze echt heel goed wat ze willen en wat niet. In andere gevallen weet men dat weer niet, maar dan ben je nog niet per definitie wilsonbekwaam. Als iemand psychotisch is, is het duidelijk. Dan staat iemand niet meer

⁸ Handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid. Ministerie van Justitie, december 1994.

in de realiteit en ben je denk ik wilsonbekwaam. Onze bewoners zijn echter ook niet altijd reëel. Iemand wil op zichzelf wonen, maar kan dat in feite helemaal niet.' (zorgcoördinator)

Op de invitational conference werd bepleit dat regelmatig vastgesteld dient te worden of een bewoner wilsbekwaam dan wel wilsonbekwaam is.

5.4 Inhoud en totstandkoming zorgplan

Het zorgplan vormt het uitgangspunt voor de behandeling van een onvrijwillig opgenomen bewoner in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Na opneming van een onvrijwillig opgenomen bewoner wordt zo spoedig mogelijk een zorgplan opgesteld (artikel 38 Bopz). Het doel van het zorgplan is dat een duidelijk beleid rondom een bewoner wordt overeengekomen en dat afspraken worden vastgelegd. Op deze manier is voor alle begeleiders inzichtelijk welke behandeling afgesproken is rondom een bewoner.

'De functie van het zorgplan is dat er een duidelijk beleid is, dat er een doel opgesteld wordt waar je heen wilt. Een zorgvrager stelt een vraag en dat werk je uit in het zorgplan: is het haalbaar of niet? Daarnaast is een zorgplan erg handig in de zin dat er heel veel begeleiders op een groep werken.' (zorgcoördinator)

In het zorgplan dienen ook de middelen of maatregelen opgenomen te zijn die toegepast worden om een verbetering van de stoornis van de geestvermogens van de bewoner te bereiken (artikel 38 lid 3 Bopz). Bij verstandelijk gehandicapten behoort het praktisch nooit tot de mogelijkheden om de stoornis volledig weg te nemen. In plaats van een stoornis van de geestvermogens kan in het kader van de verstandelijk gehandicaptenzorg beter gesproken worden over een blijvende beperkte ontwikkeling, aldus de mening van de genodigden op de invitational conference.

Uit het onderzoek, zoals in tabel 5.2 te lezen is, komt naar voren dat het overgrote deel van de bewoners na opneming een zorgplan krijgt. Daarbij wordt nauwelijks onderscheid gemaakt tussen Bopz en niet-Bopz bewoners. Het werken met zorgplannen is volgens een aantal geïnterviewde vertegenwoordigers pas iets van de laatste jaren.

Tabel 5.2 hoeveel bewoners krijgen een zorgplan in procenten

	Bopz-bewoners (n=87)	niet-Bopz-bewoners (n=94)
Altijd	93	85.4
Regelmatig	5.8	8.3
Nooit	0.0	2.1
Onbekend	1.2	4.2

5.4.1 Inhoud zorgplan

De interviews en het dossieronderzoek laten zien dat binnen de zorg aan verstandelijk gehandicapten niet met een standaard zorgplan gewerkt wordt. Ieder van de bezochte instellingen werkt volgens een eigen model. Op grond van het dossieronderzoek kan wel een aantal uitspraken over het zorgplan worden gedaan. Onderzoekers kwamen in de instellingen verschillende situaties tegen. Soms lag het zorgplan opgeborgen in een 'omvangrijk' dossier, dat weer verspreid lag op verschillende plekken: bij de arts het medisch dossier, op de afdeling lag een ander deel en het centrale dossier was te vinden bij de administratie. In andere gevallen was weer sprake van een overzichtelijk zorgplan. Instellingen zijn daarentegen wel voortdurend bezig om het zorgplan te verbeteren.

'We zijn als instelling niet echt trots op onze dossiers. Vroeger werden de dossiers op verschillende plekken bewaard. We hebben een tijdje op elektronische dossiers gewacht, maar dat laat nog steeds op zich wachten.' (beleidsmedewerker).

Uit het dossieronderzoek komt naar voren dat in een zorgplan over het algemeen wel een aantal vaste items wordt opgenomen. In het zorgplan staat allereerst aangegeven wie verantwoordelijk is voor de dagelijkse zorg aan de bewoner, in veel gevallen de zorgcoördinator, wie de behandelaar is in de zin van de Wet Bopz en wie de vertegenwoordiger is. Daarnaast staat ook de juridische status van de bewoner aangegeven. Bij een aantal zorgplannen werden deze gegevens op het voorblad aangegeven. Echter niet in alle instellingen waren deze gegevens gemakkelijk terug te vinden in het zorgplan. Vervolgens omvat een zorgplan een gedeelte waarin kort de kernpunten van het verleden worden weergegeven. Een ander vast onderdeel is de gezondheid van een bewoner die vaak wordt opgesplitst in een aantal verschillende aspecten zoals lichamelijke functies, psychische functies en sociaal-maatschappelijke functies.

Middelen of maatregelen vormen een apart onderdeel van het zorgplan. Soms staan ze in de bijlage vermeld, in andere gevallen vormen ze een apart hoofdstuk van een zorgplan. In lang niet alle zorgplannen wordt de toepassing van een middel of maatregel gemotiveerd. Onderzoekers zijn echter ook voorbeelden tegengekomen waarin de toepassing van een middel of maatregel in termen van hulpvraag, doel en zorgafpraak omschreven was.

Hulpvraag: bewoner kan agressief reageren naar de omgeving toe. Dit gebeurt bij teveel prikkels in zijn omgeving, waardoor de spanningsboog te hoog oploopt.

Doel: bewoner tot rust laten komen en de omgeving van bewoner beschermen.

Zorgafpraak: minimaal 2 personen nodig als bewoner agressief is. Gebruik maken van overmacht. Inname van spullen, kleding mag bewoner aanhouden. (citaat zorgplan)

Naast middelen of maatregelen bevat een zorgplan ook een weergave van diverse beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid en overige afspraken. Uit de interviews blijkt dat niet alle beperkingen in de bewegingsvrijheid in het zorgplan worden opgenomen. De beperkingen en afspraken die wel zijn vastgelegd hebben betrekking op bijvoorbeeld hand-in-handbegeleiding, deurverklikker, tijdsafspraken, hoe vaak naar huis gebeld mag worden, wanneer bewoner op de woonkamer mag komen en afspraken rondom sigaretten.

De mate waarin een middel of maatregel ook daadwerkelijk wordt toegepast, was in een groot aantal van de onderzochte zorgplannen niet terug te vinden. Wel konden onderzoekers in een aantal gevallen in de dagrapportage of op aparte formulieren, die vaak in het dossier zitten of op de groep liggen, nagaan hoeveel middelen of maatregelen het betrof. In recente zorgplannen zitten overigens nog regelmatig passages of afspraken die al lang niet meer van toepassing zijn op de huidige situatie rondom een bewoner.

'Middelen of maatregelen zijn bij deze bewoner niet meer nodig. Maar, we laten de middelen of maatregelen er nog een of twee jaar in staan. Als het dan toch weer nodig blijkt te zijn, is er niet direct sprake van een noodmaatregel.' (zorgcoördinator)

De betrokkenheid van de bewoner komt het duidelijkst naar voren in het gedeelte over het toekomstperspectief, dat in veel gevallen in het dossier is opgenomen. In dit gedeelte staat omschreven welke wensen de bewoner in de toekomst heeft ten aanzien van zijn werk, het wonen en sociale relaties. Een zorgplan wordt vaak afgesloten met een kopje waarin alle afspraken rondom een bewoner nogmaals worden herhaald. In andere zorgplannen staan deze afspraken reeds omschreven in de zorgafspraken en werkdoelen. Wat opvalt is dat in de

huidige zorgplannen meer methodisch gewerkt wordt dan in oude modellen, die nog in het dossier aanwezig zijn. Er wordt getracht de situatie rondom een bewoner te beschrijven in hoofdvragen en daarna worden doelen of afgeleide hoofdvragen opgesteld die worden uitgewerkt in concrete afspraken of werkdoelen. Vervolgens moeten deze doelen worden bijgesteld. In de interviews wordt aangegeven dat het uitgangspunt is dat de zorgplannen regelmatig worden geëvalueerd. Of dit ook feitelijk in de praktijk gebeurt was niet terug te vinden in de zorgplannen. Geïnterviewden geven wel toe dat binnen een instelling de ene afdeling vaker evalueert dan de andere afdeling. Nog lang niet alle afdelingen werken methodisch gericht.

‘Op deze afdeling werkt het zorgplan goed. Het zorgplan geeft richting aan en er worden doelen opgesteld en bereikt. Kortom, er wordt methodisch en cyclisch gewerkt. Op andere afdelingen wordt ook een zorgplan opgesteld, maar komt weinig terecht van de uitvoering.’ (orthopedagoog)

Tijdens het dossieronderzoek werd ook duidelijk dat ondanks het feit dat er een zorgplan ligt, dit nog geen garantie oplevert voor een goede uitvoering van de afspraken.

‘Door ziekte van personeel, verminderde motivatie, gebrek aan visie en onduidelijkheid over afspraken komt er weinig terecht van zorgplan.’ (brief consulententeam in dossier)

In de schriftelijke enquête is aan de instellingen gevraagd of bepaalde onderwerpen opgenomen worden in het zorgplan als het betreffende onderwerp van toepassing is. De schriftelijke enquête toont het volgende beeld:

Tabel 5.3 onderwerpen in zorgplan in procenten

	Bopz-bewoner (n=89)	niet-Bopz-bewoner (n=87)
Of de bewoner wilsonbekwaam is bevonden	41.6	46.5
Fixatie	80.9	74.4
Afzondering/separatie	82.0	77.9
Onder dwang toedienen van medicatie	70.8	64.0
Gecamoufleerd toedienen van medicatie	51.7	45.3
Onder dwang toedienen van voedsel en vocht	65.2	60.5
Anders	13.5	9.3

De gegevens in de tabel geven geen informatie over de daadwerkelijke toepassingen van middelen of maatregelen. De tabel laat zien dat fixatie in 80% van de responderende instellingen wordt opgenomen in het zorgplan. Er wordt hierbij weer nauwelijks een onderscheid gemaakt tussen een Bopz-bewoner en een niet-Bopz-bewoner. Ook bij niet-Bopz-bewoners wordt de toepassing van middelen of maatregelen genoteerd in het zorgplan. Dit kan voor een deel worden verklaard doordat alle bewoners, zowel Bopz-bewoners als niet-Bopz-bewoners, gelijk worden behandeld. Bovendien is reeds eerder gezegd dat de werkvloer niet op de hoogte is van de status van een bewoner. Opvallend is dat een groot aantal van de responderende instellingen aangeeft dat zij in het zorgplan ook het onderwerp wils(on)bekwaamheid opnemen. Interviews en een aantal dossiers laten een ander beeld zien. Een mogelijke verklaring voor deze uitkomst is dat responderende instellingen onder het item wils(on)bekwaamheid verstaan of een bewoner een (wettelijk) vertegenwoordiger heeft. Uit het dossieronderzoek blijkt dat in de meeste gevallen in het zorgplan opgenomen is of een bewoner een curator, mentor of bewindvoerder heeft.

‘In het zorgplan staat niets over wilsonbekwaamheid. Per beslissing wordt in het multidisciplinair

overleg bekeken of een beslissing van een bewoner reëel is. We hebben geen protocol over wilsonbekwaamheid.’ (zorgcoördinator)

‘Er ligt een beleidsplan klaar, waarin is vastgelegd dat bij de opstelling van het zorgplan wordt gekeken in hoeverre de bewoner geparticipeerd heeft bij de opstelling van het zorgplan. De implementatie van dit plan vergt echter nog een omslag in denken.’ (zorgcoördinator)

In tabel 5.3 heeft maar liefst 22,8% (13,5% en 9,3%, n=12 en n=8) van de responderende instellingen de categorie anders ingevuld. Hiermee wordt bedoeld: beperkingen in de bewegingsvrijheid, Bopz-status, wettelijk vertegenwoordiger, bel op de deur, afsluiten leefgroepen-deuren, slaapkamerdeur op slot, gehele begeleiding en behandeling, hoe te handelen bij calamiteiten, pedagogische maatregelen en overige maatregelen in het kader van de Wet Bopz.

5.4.2 Totstandkoming zorgplan

Een belangrijke taak van de vertegenwoordiger is het instemmen met het zorgplan. Als de onvrijwillig opgenomen verstandelijk gehandicapte niet meer in staat wordt geacht om tot een redelijke waardering van zijn belangen te komen ten aanzien van het zorgplan, dient een instelling op grond van de Wet Bopz overleg te plegen met de vertegenwoordiger. De vertegenwoordiger dient uiteindelijk akkoord te gaan met het zorgplan (artikel 38 lid 2 Bopz).

Tabel 5.4 Vragen van toestemming opstellen zorgplan in procenten

	Bopz- bewoners (n=90)	Niet-Bopz- bewoners (n=96)
De bewoner	31.1	42.1
De bewoner, mits wilsbekwaam	41.1	44.2
De vertegenwoordiger	71.1	71.6
De vertegenwoordiger, indien bewoner wilsonbekwaam	28.9	31.6

Maar liefst 71% (n=64) van de responderende instellingen geeft aan dat aan de vertegenwoordiger toestemming wordt gevraagd bij het opstellen van het zorgplan. Dit percentage geldt zowel bij Bopz-bewoners als bij niet-Bopz-bewoners. Het lijkt erop dat voor de rol van de vertegenwoordiger weinig relevant is of de bewoner wilsbekwaam of wilsonbekwaam is. In beide gevallen wordt toestemming gevraagd aan de vertegenwoordiger. De antwoordcategorieën ‘de bewoner, mits wilsbekwaam’ en ‘de vertegenwoordiger, indien bewoner wilsonbekwaam’ scoren opvallend laag.

De toestemming wordt in het zorgplan vastgelegd door een handtekening van de vertegenwoordiger onder het zorgplan. In een aantal gevallen is het plaatsen van een handtekening slechts een formaliteit. In andere gevallen wordt de vertegenwoordiger ook daadwerkelijk bij het zorgplan betrokken of zorgt de vertegenwoordiger er zelf voor dat hij inspraak heeft bij het opstellen van het zorgplan, aldus de geïnterviewden.

‘De ouders van deze bewoner zijn niet bij de zorgplanbespreking aanwezig. Zowel de ouders als bewoner worden vooraf en achteraf op de hoogte gesteld. Het zorgplan wordt vervolgens ondertekend door bewoner, vertegenwoordiger en behandelaar.’ (zorgcoördinator)

De inbreng van de bewoner bij het zorgplan wordt echter niet vergeten. Ook als bewoners wilsonbekwaam worden beschouwd, wordt nog zo goed als mogelijk is rekening gehouden met de wensen van een bewoner. De mate waarin bewoners betrokken worden bij het zorgplan is ook afhankelijk van de populatie Bopz-bewoners die in een instelling wonen. Er zijn instellingen waarbij bepaalde afdelingen met Bopz-bewoners voornamelijk bestaan uit sterk gedragsge-

stoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG). Deze bewoners zijn redelijk in staat om hun mening te verwoorden. Dit kan tot een situatie leiden dat een bewoner niet wil dat zijn ouders ingelicht worden.

'Een bewoner wil niet dat zijn ouders ingelicht worden. Dat is lastig omdat de consequentie kan zijn dat de ouders helemaal geen contact meer willen. Kan de bewoner deze consequenties overzien? Dat wordt nu onder meer met de ethische commissie besproken.' (clustermanager)

Ook als een bewoner een vertegenwoordiger heeft, wordt naar de bewoner geluisterd. Bewoners mogen net als de vertegenwoordiger aanwezig zijn bij zorgplanbesprekingen waarbij ze de mogelijkheid geboden wordt om een zelf geschreven stuk in te brengen. In één van de geïnterviewde instellingen zijn initiatieven gaande om een zorgplan te vertalen met pictogrammen.

'Ook als een bewoner wilsonbekwaam is, wordt hij geïnformeerd. Hij mag altijd zijn zegje doen. De zorgcoördinator moet een vertaling maken naar de bewoner. Wij zijn nu met logopedie bezig om te kijken of we iets kunnen doen met pictogrammen.' (arts)

'Hij is nu zover dat hij tijdens de zorgplanbespreking met een agenda van punten komt. Achteraf gezien had hij eerder mee kunnen beslissen.' (vertegenwoordiger)

Lang niet alle bewoners mogen de hele bespreking bijwonen. Afhankelijk van wat een bewoner in de ogen van een hulpverlener aan kan, wordt met een bewoner overleg gepleegd. Bepalend is of een bewoner begrijpt wat wordt besproken en of hij iets met de informatie kan. Toch wordt ook nog veel over de rug van de bewoner heen besproken, ook als de bewoner erbij zit. Tijdens de invitationale conference werd de mening gedeeld dat een bewoner, ook als hij wilsonbekwaam is, zoveel mogelijk betrokken moet worden bij het opstellen van het zorgplan.

'Je bepaalt ook welke bewoner je waarmee belast. Daar zijn gradaties in.' (zorgcoördinator)

'Bewoners mogen het laatste kwartier erbij zitten. Alles is dan al besproken. Ik weet niet of het echt zinnig is. Lang niet alles begrijpen ze. Maar erbij zijn geeft ook iets van een status aan bewoners.' (zorgcoördinator)

'Er is een bewoner waar je het zorgplan op jouw manier mee bespreekt. Deze bewoner begrijpt niet alles. Sommige dingen zijn te belastend.' (zorgcoördinator)

'Meestal zit de bewoner bij de bespreking van het zorgplan. Vaak wordt toch nog over de rug van de bewoner heen gepraat.' (orthopedagoog)

'Er zijn wel experimenten om de bewoner bij een zorgplanbespreking te laten zijn. De vraag is wel of het altijd even respectvol is om iemand bij zo'n bespreking te laten zijn.' (arts)

Bewoners die bij een zorgplanbespreking aanwezig zijn, mogen in bepaalde gevallen ook het zorgplan in eigen beheer houden. Als een bewoner de taal niet begrijpt en daardoor alleen de negatieve zaken uit een zorgplan haalt, krijgt hij zijn zorgplan niet in eigen beheer, aldus een zorgcoördinator.

'Ik heb het zorgplan in eigen beheer. Er wordt tijdens een bespreking over mijn eigen gezondheid en handicaps gepraat.' (bewoner)

De voor de behandeling verantwoordelijke persoon

De Wet Bopz schrijft voor dat voor elke Bopz-bewoner een voor de 'behandeling verantwoordelijk persoon' aangewezen moet worden (artikel 38 lid 1 Bopz). Instellingen gaan verschillend om

met de invulling van dit wetsartikel. Hierbij wordt soms een onderscheid gemaakt tussen een Bopz-bewoner en een niet-Bopz-bewoner. Een oplossing van een instelling is, om een gedragswetenschapper aan te wijzen als verantwoordelijke behandelaar voor alle artikel 60 bewoners en vrijwillig opgenomen bewoners. De arts is vervolgens verantwoordelijk voor de bewoners met een IBS en een RM. De achterliggende gedachte is dat een gedragswetenschapper standaard bij elk zorgplan betrokken is. In een andere instelling is ervoor gekozen dat de arts verantwoordelijk is voor het medisch gedeelte en voor de toepassing van alle middelen of maatregelen. Het hoofd zorg is verantwoordelijk voor het zorggedeelte. Hij ondertekent het zorgplan en tekent tevens voor de uitvoering van het zorgplan. Het komt ook nog voor dat de arts zowel het zorgplan ondertekent als alle toepassingen van middelen of maatregelen. In het licht van de Wet Bopz is het niet zo vreemd dat de arts een belangrijke positie inneemt binnen instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Naast een behandelend arts spreekt de Wet Bopz ook over de functie geneesheer-directeur. In alle geïnterviewde instellingen werd de functie geneesheer-directeur uitgeoefend door een arts. Diverse geïnterviewden vonden de functie geneesheer-directeur echter niet meer gepast in de sector verstandelijk gehandicaptenzorg. Zij benadrukten dat naast de functie van een arts, ook een gedragswetenschapper een belangrijke functie behoort te hebben binnen deze sector.

5.5 Uitvoering zorgplan, dwangbehandeling en middelen of maatregelen

5.5.1 Dwangbehandeling

Er bestaan twee vormen van dwangbehandeling. De eerste vorm van dwangbehandeling is dat bij de totstandkoming van het zorgplan geen overeenstemming bereikt wordt tussen hulpverlener en bewoner. In beginsel wordt het zorgplan in overleg met de bewoner en/of vertegenwoordiger opgesteld. Het kan echter gebeuren dat bewoner en/of vertegenwoordiger zodanig van mening verschillen met de voor de behandeling verantwoordelijke persoon over de inhoud van het zorgplan dat geen overeenstemming wordt bereikt. De tweede vorm van dwangbehandeling doet zich voor bij de uitvoering van het zorgplan. Beide partijen zijn in beginsel tot een akkoord gekomen over de inhoud van het zorgplan. Echter, op het moment dat het zorgplan wordt uitgevoerd, verzet de bewoner en/of vertegenwoordiger zich tegen een onderdeel ervan. In beide gevallen is pas sprake van dwangbehandeling als de voor de behandeling verantwoordelijke persoon besluit de behandeling voort te zetten. Op grond van de Wet Bopz mag de behandeling voortgezet worden als deze behandeling volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar te voorkomen.

De schriftelijke enquête toont allereerst wat er gebeurt als geen overeenstemming bereikt kan worden met de bewoner en/of vertegenwoordiger over het zorgplan.

Tabel 5.5 gevolgen geen overeenstemming zorgplan in procenten

	Bopz-bewoners (n=92)	niet-Bopz-bewoners (n=98)
Zorgplan wordt toch uitgevoerd	4.3	2.1
Zorgplan wordt alleen uitgevoerd, als er sprake is van ernstig gevaar	57.6	48.5
Zorgplan wordt niet uitgevoerd	2.2	12.4
Anders	35.9	37.1

Een groot aantal responderende instellingen geeft aan, bij het niet bereiken van overeenstemming over het zorgplan, geen uitvoering te geven aan het zorgplan tenzij sprake is van ernstig gevaar. De vraag die dan rijst is wat onder ernstig gevaar verstaan wordt. In de interviews is

echter weinig gezegd over dwangbehandeling en ernstig gevaar. Volgens de geïnterviewden komt dwangbehandeling zelden voor. Vertegenwoordigers zijn het sporadisch niet eens over de inhoud van een zorgplan. Bijna 40% van de responderende instellingen (n=100) heeft voor deze situaties wel de beschikking over een protocol. Uit tabel 5.5 valt op te maken dat bij 12,4% (n=12) van de responderende instellingen het zorgplan bij niet-Bopz-bewoners niet uitgevoerd wordt tegenover 2,2% (n=2) van de responderende instellingen bij Bopz-bewoners. Hoewel geen al te grote waarde toegekend mag worden aan dit verschil, is de uitkomst toch opvallend. Overeenkomstig de WGBO mag een zorgplan, bij geen overeenstemming, niet uitgevoerd worden bij niet-Bopz-bewoners, mits de bewoner wilsbekwaam is. Een aantal van de responderende instellingen houdt zich blijkbaar aan deze regeling.

'Het is nog niet voorgekomen dat men het oneens is met de opstelling van het zorgplan. In de situatie dat middelen of maatregelen voor de zorg nodig zijn en de wettelijk vertegenwoordiger het er niet mee eens is, ben ik geneigd het juridisch af te handelen. Maar dat is nog niet gebeurd.' (arts)

'Dwangbehandeling komt volgens mij nooit voor omdat de familie altijd goed betrokken wordt bij het opstellen van het zorgplan. Familie is het vaak eens met de toepassing van middelen of maatregelen.' (arts)

'Voorafgaande aan een zorgplanbespreking informeer ik ouders altijd, waardoor het zelden voorkomt dat ouders het niet eens zijn met het zorgplan.' (zorgcoördinator)

'Vertegenwoordigers stemmen meestal in met het zorgplan. Ze hebben begrip voor de situatie. Er wonen hier meer mensen, wat kan leiden tot ander gedrag dan in de thuissituatie. Je hebt ook niet altijd evenveel tijd, waardoor ook het gedrag van de bewoner anders kan zijn dan thuis waar hij alle aandacht kreeg. Je moet echter wel goed uitleggen waarom bepaalde maatregelen nodig zijn.' (zorgcoördinator)

Uit bovenstaande citaten spreekt het vermoeden dat vertegenwoordigers min of meer met de rug tegen de muur staan. Zij belanden in een moeilijke situatie als ze niet instemmen met het zorgplan. Op dat moment is er geen zorgovereenkomst meer en moeten vertegenwoordigers de bewoner in principe mee naar huis nemen of naar een andere instelling brengen. Geen van deze opties geniet de voorkeur, aldus de geïnterviewde zorgcoördinatoren en vertegenwoordigers, aangezien het niet gemakkelijk is om een verstandelijk gehandicapte thuis te verzorgen, zeker niet als er gedragsproblemen aan de orde zijn. Daarnaast kent de sector verstandelijk gehandicaptenzorg lange wachtlijsten, waardoor een overplaatsing ook niet direct tot de mogelijkheden behoort.

'Het zou gek zijn als men het altijd eens is over het zorgplan. Er is voor zo'n situatie geen protocol, zou er wel moeten zijn. Overeenstemming over het zorgplan vormt juist de basis van een zorgovereenkomst. Als er geen overeenstemming is, zou dat betekenen dat de zorgovereenkomst beëindigd is. Het moet wel heel gek lopen wil het zover komen. We gaan meestal door totdat we een overeenstemming hebben bereikt. Dit lukt niet altijd.' (arts)

'Als een vertegenwoordiger een zorgplan echt niet wil ondertekenen dan zeggen we: neem hem maar mee naar huis! Ouders zitten met de rug tegen de muur. Ze kunnen geen kant op met hun kind. Terug naar huis gaan gaat niet. Uiteindelijk moeten ze wel instemmen met het zorgplan.' (clustermanager)

De antwoordcategorie 'anders' in tabel 5.5 is door een groot aantal van de responderende instellingen ingevuld. Een aantal responderende instellingen geeft aan niet bekend te zijn met de situatie die wordt voorgelegd. Andere responderende instellingen geven aan dat zij in dialoog gaan met de bewoner en/of vertegenwoordiger bij ontbreken van overeenstemming. In

het uiterste geval wordt de Inspectie erbij gehaald of de klachtencommissie.

Dwangbehandeling kan zich ook voordoen als een bewoner bij de uitvoering van het zorgplan niet volgens de gemaakte afspraken behandeld wil worden. Deze situatie doet zich minder vaak voor dan de eerste vorm van dwangbehandeling. Slechts 29,3 % van de responderende instellingen (n=100) heeft voor deze situatie een protocol. De schriftelijke enquête geeft aan dat in 55% (n=50) van de gevallen het zorgplan alleen wordt uitgevoerd als sprake is van ernstig gevaar (tabel 5.6). Een enkele instelling geeft aan de behandeling niet uit te voeren. Bij niet-Bopz-bewoners is het aantal keren dat de behandeling niet wordt uitgevoerd hoger. Bij deze bewoners geldt in principe niet het wettelijk kader van de Wet Bopz, maar die van de WGBO. Op grond van de WGBO mag een bewoner een behandeling weigeren, mits hij wilsbekwaam is. De behandeling mag alleen doorgezet worden als de bewoner wilsonbekwaam is, de behandeling ingrijpend is en de behandeling bovendien nodig is om ernstig nadeel te voorkomen (artikel 7:465 BW lid 6). De Wet Bopz spreekt over ernstig gevaar voor zichzelf of anderen en de WGBO over ernstig nadeel voor zichzelf. In de bezochte instellingen is men zich nauwelijks bewust van dit verschil tussen de WGBO en de Wet Bopz.

Tabel 5.6 gevolgen geen overeenstemming uitvoering zorgplan in procenten

	Bopz-bewoner (n=91)	niet-Bopz-bewoner (n=97)
Behandeling wordt uitgevoerd	13.2	7.3
Behandeling wordt alleen uitgevoerd als sprake is van ernstig gevaar	54.9	57.3
Behandeling wordt niet uitgevoerd	1.1	9.4
Anders	30.8	26

In de interviews wordt aangegeven dat men weinig bekend is met deze vorm van dwangbehandeling. Dit hangt voor een groot deel samen met de interpretatie van 'verzet'.

5.5.2 Verzet

Bijna 46% van de responderende instellingen (n=34) geeft aan problemen te hebben met de interpretatie van het begrip verzet. Dit percentage zou eigenlijk 100% moeten zijn, aldus de mening van de genodigden van de invitational conference. In de schriftelijke enquête bestond de mogelijkheid om dit antwoord toe te lichten. Een responderende instelling gaf aan dat veel cliënten zich niet of nauwelijks meer verzetten doordat zij reeds gedurende een lange periode verblijven in de instelling en enige mate van hospitalisatie vertonen. Een ander herkenbaar probleem in de verstandelijk gehandicaptensector is dat er een onderscheid gemaakt kan worden tussen verzet in de zin van de Wet Bopz en verzet in de zin van tegenstribbelen.

In de praktijk van de zorg aan verstandelijk gehandicapten komt verzet niet veelvuldig voor, aldus de mening van diverse geïnterviewden. Deze mening hangt sterk samen met de interpretatie van verzet. In de interviews geven zorgcoördinatoren, gedragswetenschappers en artsen aan dat niet elk verzet als verzet wordt geïnterpreteerd. Geïnterviewden geven ook aan dat bij elke vorm van separatie en afzondering sprake is van een vorm van tegenwerking. Bewoners zijn op het moment van de toepassing van de maatregel zo boos dat ze ook niet meer weten wat er in hen omgaat. Op zo'n moment kun je als hulpverlener geen redelijk gesprek meer voeren met de bewoner. Achteraf kan blijken dat de bewoners alsnog instemmen met de maatregel en is er van verzet geen sprake meer.

'Bewoners willen ook vaak die veiligheid voor henzelf waarborgen en voor anderen. Als zij inzien wat voor een gevaar zij voor de groep veroorzaken, begrijpen ze vaak ook heel goed

waarom wij bepaalde dingen doen zoals afzonderen.’ (zorgcoördinator)

Uit de interviews komt ook naar voren dat het als een gemis wordt ervaren dat het begrip verzet niet nader geoperationaliseerd is voor de sector verstandelijk gehandicaptenzorg. Hulpverleners verschuilen zich echter ook enigszins achter het debat over wie de criteria voor verzet nader moet uitwerken. Is het een taak van Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) of van instellingen? Naast hospitalisatie van bewoners valt tussen de regels door te lezen dat hulpverleners ook enige mate van hospitalisatie vertonen waardoor niet elk verzet als verzet beschouwd wordt. De Inspectie gaat er echter vanuit dat ook feitelijk verzet als verzet beschouwd moet worden en dat elk verzet gemeld moet worden zodat het handelen inzichtelijk wordt.

‘Hoe definieer je verzet? Daar hebben we regelmatig hele discussies over. We hebben voor verzet geen duidelijke criteria.’ (arts)

Hulpverleners maken bewust of onbewust toch gebruik van bepaalde criteria bij de beoordeling van verzet. Wilsbekwaamheid is een van die criteria. Als een bewoner wilsbekwaam is of een lager niveau heeft wordt verzet anders geïnterpreteerd dan verzet van een wilsbekwame bewoner. Verzet van een wilsbekwame bewoner wordt al snel als geen verzet beschouwd. Daarentegen wordt verzet van een wilsbekwame bewoner over het algemeen serieuzer behandeld.

‘Ik vind verzet als iemand van hoog niveau is.’ (arts)

In de praktijk gehanteerde criteria voor de operationalisatie van verzet zijn dat verzet heftig, invoelbaar en herhaald moet zijn oftewel één keer verzet is nog geen verzet.

‘Een bewoner is op veel fronten wilsbekwaam. Hij woont op een verpleeghuisachtige setting. Hij wil na een langdurig ziekteverloop niet eten. Zijn verzet is dan consistent.’ (arts)

‘Een laag niveau bewoner wil van de afdeling af. Er is echter een gesloten deur. Bij nader inzien blijkt dat de bewoner alleen maar door de deur wil omdat er iets achter de deur staat dat van hem is. De arts moet zich hier iets bij kunnen voorstellen.’ (arts)

Ondanks de aanwezigheid van criteria voor verzet blijft de interpretatie van verzet voor een groot deel ook afhankelijk van de medewerker die op de groep staat. Zijn visie op verzet is op dat moment doorslaggevend.

‘Of het als verzet gezien wordt is heel erg afhankelijk van de persoon die met deze bewoner werkt.’ (zorgcoördinator)

5.5.3 Middelen of maatregelen

De Wet Bopz spreekt over vijf verschillende vormen van middelen of maatregelen: afzondering, separatie, fixatie, dwangmedicatie en toediening van voeding en voedsel onder dwang. Vrijwel alle vijf vormen komen voor in de sector verstandelijk gehandicaptenzorg. Geïnterviewden geven aan dat middelen of maatregelen in het kader van een noodsituatie slechts een enkele keer voorkomt. De meeste middelen of maatregelen staan als ‘middel of maatregel akkoord’ in het zorgplan genoteerd. In onderstaande tabellen staat weergegeven bij hoeveel Bopz-bewoners en niet-Bopz-bewoners middelen of maatregelen worden toegepast in het kader van het zorgplan en als sprake is van een noodsituatie. Opvallend is dat ook bij niet-Bopz-bewoners middelen of maatregelen voorkomen. De cijfers moeten echter zeer voorzichtig worden geïnterpreteerd. De responderende instellingen hanteren ieder een andere interpretatie van middelen

of maatregelen. Soms valt een bedhek wel onder fixatie en in andere gevallen niet. Bovendien registreert men niet nauwkeurig en op verschillende manieren het aantal middelen of maatregelen (zie de volgende paragrafen 5.5.4-5.6).

Tabel 5.7 totaal aantal bewoners op wie middelen of maatregelen worden toegepast in het kader van het zorgplan

	Bopz-bewoners		niet-Bopz-bewoners	
	Instellingen	Bewoners	Instellingen	Bewoners
Fixatie	56	1164	40	466
Afzondering	54	1121	54	876
Dwangmedicatie	40	20	41	6
Gecamoufleerd toedienen medicatie	37	140	41	42
Onder dwang toedienen van voedsel en/of vocht	40	325	38	2
Andere middelen of maatregelen	41	313	42	59

Tabel 5.8 totaal aantal bewoners op wie middelen of maatregelen worden toegepast in noodsituaties

	Bopz-bewoners		niet-Bopz-bewoners	
	Instellingen	Bewoners	Instellingen	Bewoners
Fixatie	56	87	40	88
Afzondering	54	209	54	283
Dwangmedicatie	40	19	41	6
Gecamoufleerd toedienen medicatie	37	3	37	0
Onder dwang toedienen van voedsel en/of vocht	40	3	41	2
Andere middelen of maatregelen	41	5	41	18

Uit beide tabellen blijkt dat fixatie en afzondering het meeste voorkomen. Dit geldt zowel bij Bopz-bewoners als bij niet-Bopz-bewoners. Opvallend is ook dat een groot aantal middelen of maatregelen bij niet-Bopz-bewoners wordt toegepast. Het lijkt erop of de toepassing van middelen of maatregelen ongeacht de status van de bewoner wordt toegepast. Onder de categorie andere middelen of maatregelen wordt onder meer verstaan de kamerdeur op slot en de deurverklikker.

Praktijk

Fixatie komt in de verstandelijk gehandicaptenzorg regelmatig voor. Bewoners worden soms nog gefixeerd in bed of zitten overdag vast in een stoel met een Zweedse band of een tafelblad. Deze maatregelen komen meer voor op groepen met bewoners die in een verpleeghuisachtige setting wonen. De reden van deze maatregelen is veiligheid bieden.

Niet alle geïnterviewde instellingen beschikken over een separatieruimte. Instellingen die daar nog wel over beschikken, maken soms veelvuldig gebruik van deze ruimte. Separeren is daarbij niet gebonden aan een maximum periode. In de interviews werd een situatie geschetst waarin een bewoner meer dan een jaar gesepareerd is geweest. In de meeste gevallen bestaat er wel een stappenplan als separatie aan de orde is. Een bewoner gaat eerst naar zijn eigen kamer of een tussenkamer, vervolgens is er nog een andere kamer met minder prikkels en als de situatie echt niet meer te houden is wordt de bewoner naar de separeercel gebracht.

Afzonderen mag volgens de Wet Bopz alleen plaatsvinden in een afzonderingsruimte. Instellingen geven echter aan dat zij niet meer over voldoende afzonderingsruimtes beschikken. Conform het beleid van de Inspectie zijn deze ruimtes een paar jaar geleden afgebouwd. Bewoners kunnen echter wel baat hebben bij afzonderen, aldus de mening van een aantal geïnterviewden. Met name autisten kunnen in een afzonderingsruimte even tot rust komen. Bij gebrek aan een afzonderingsruimte wordt in de eigen slaapkamer afgezonderd. Ten aanzien van de vraag of afzonderen op de eigen kamer ook een geschikte oplossing is, lopen de meningen uiteen. Een eigen kamer kan een negatieve lading krijgen als een bewoner daar voortdurend wordt afgezonderd.

‘Vroeger had ieder paviljoen een eigen isoleercel. In de jaren tachtig is dit er uitgegaan. De ruimtes zijn allemaal slaapkamers geworden. Sinds de invoering van de Wet Bopz is er wel weer behoefte aan afzonderingsruimtes.’ (arts)

Bij het toedienen van medicatie doen zich weinig problemen voor, aldus de geïnterviewden. De meeste bewoners nemen hun medicijnen in. Het komt zelden voor dat dwangmedicatie nodig is. Een enkele keer is het noodzakelijk om de medicijnen door de pap te mengen omdat een bewoner slikproblemen heeft of moeten de medicijnen via een depot toegediend worden. In de geïnterviewde instellingen blijkt in een aantal gevallen sprake te zijn van veelvuldig medicijngebruik. Een aantal bewoners bleek na het afbouwen van de medicatie ook heel goed zonder alle medicijnen te kunnen. Een aardig voorbeeld was een bewoner die zelf zijn medicatie heeft laten veranderen.

‘Een enkele keer zijn er problemen met de toediening van medicijnen. Bij laag niveau wordt er wel eens wat in de pap gestopt. Bij hoog niveau doe ik dat niet. Als een bewoner dan geen medicijnen wil dan probeer je het later nog eens. Lukt het dan nog niet, dan doe je het door de pap.’ (arts)

5.5.4 Redenen voor toepassing van middelen of maatregelen

Middelen of maatregelen kunnen in het zorgplan worden opgenomen en worden ook wel middelen of maatregelen akkoord genoemd. Daarnaast kunnen middelen of maatregelen in een noodsituatie toegepast worden. De responderende instellingen konden in de enquête aangeven wat de reden is voor het toepassen van middelen of maatregelen in het kader van een noodsituatie. Daarbij konden ze één of meerdere van de redenen, die in tabel 5.9, staan aankruisen.

Tabel 5.9 redenen toepassing middelen of maatregelen in noodsituaties in procenten

Reden voor toepassing middelen of maatregelen in het kader van artikel 39	Bopz-bewoner (n=93)	niet-Bopz-bewoners (n=99)
Ter bescherming van de bewoner	80.6	88.8
Agressiviteit van bewoner	65.6	64.3
Therapeutisch oogpunt	15.1	17.3
Pedagogisch oogpunt	20.4	24.5
Tekort aan personeel	14.0	13.3
Anders	32.3	26.6

Bescherming van de bewoner vormt een belangrijke reden om middelen of maatregelen toe te passen in geval van een noodsituatie. Daarna volgt agressiviteit, pedagogische overwegingen en vervolgens een tekort aan personeel. Bijna 45% van de responderende instellingen (Bopz-bewoner n=19 en niet-Bopz-bewoner n=24) gaf aan dat pedagogische motieven een rol spelen. Dit is echter geen legitieme reden om middelen of maatregelen toe te passen aangezien de Wet Bopz alleen over gevaar spreekt. Een tekort aan personeel werd in de interviews ook veelvuldig

als reden genoemd voor de toepassing van middelen of maatregelen. Het is moeilijk om in de sector verstandelijk gehandicaptenzorg voldoende gekwalificeerd personeel te krijgen, aldus de geïnterviewden.

'Eigenlijk zou ze één op één begeleiding moeten krijgen, maar er is geen personeel voor.'
(vertegenwoordiger)

Instellingen kregen onder de categorie 'anders' de mogelijkheid om, naast de eerder genoemde antwoordcategorieën, andere redenen in te vullen voor de toepassing van middelen of maatregelen. Onder categorie 'anders' werd gevaar slechts vier keer genoemd. Daarnaast vulde men in: bescherming anderen, bescherming omgeving en bescherming materiaal.

5.5.5 Vormen van middelen of maatregelen

Naast middelen of maatregelen worden termen als pedagogische maatregelen, medische en beschermende maatregelen veelvuldig in de verstandelijk gehandicaptenzorg genoemd. Deze verschillende vormen van middelen of maatregelen dragen niet bij aan een verheldering van het begrip middel of maatregel.

'Sommige middelen of maatregelen zitten tussen de Wet Bopz en de WGBO in. Als je bijvoorbeeld een tafelblad voor een rolstoel doet om te voorkomen dat iemand valt. In zo'n geval is sprake van WGBO.' (arts)

Pedagogische maatregelen worden onderscheiden van Bopz-middelen of maatregelen. Een voorbeeld van een pedagogische maatregel is dat een bewoner even op zijn kamer tot rust moet komen omdat het in de kamer te druk voor hem is. Een ander voorbeeld zijn de regels die gelden rondom het roken van sigaretten. Voor het handhaven van dit onderscheid speelt ook mee dat het gevaarscriterium weinig handvatten biedt voor de sector verstandelijk gehandicaptenzorg, aldus de mening van enkele respondenten.

'Het is goed dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen beschermende, pedagogische en reguliere middelen of maatregelen. In onze sector mag je officieel alleen beperken als er sprake is van gevaar maar er zijn tal van andere legitieme momenten om de vrijheid van bewoners te beperken.' (orthopedagoog)

In de interviews komt naar voren dat pedagogische maatregelen niet altijd even nauwkeurig aan de Inspectie gemeld en geregistreerd worden. Dit beeld wordt bevestigd door de schriftelijke enquête. Onder de sector verstandelijk gehandicaptenzorg valt ook een aantal orthopedagogische instituten, in totaal 23. Deze instellingen beschikken over een Bopz-aanmerking en behoren aldus tot de onderzoekspopulatie van dit onderzoek. Een aantal orthopedagogische instituten heeft de schriftelijke enquête echter niet ingevuld, aangezien zij zich niet tot de doelgroep van dit onderzoek rekenen. Onder de geretourneerde enquêtes bevonden zich een aantal orthopedagogische instituten die in de kantlijn opvallende uitspraken deden.

'De Wet Bopz is bij ons niet van toepassing. Daarover hebben we met de Inspectie afspraken gemaakt.'

'Wij passen alleen pedagogische maatregelen toe en noteren deze in het zorgplan. Van dwangbehandeling en noodsituaties in de zin van de Wet Bopz is geen sprake.'

'Middelen of maatregelen komen alleen voor vanuit pedagogisch oogpunt.'

De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) vergelijkt het standpunt van orthopedagogische instituten met instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg die van mening zijn dat de Wet Bopz niet van toepassing is omdat zij vanuit het beschermingsidee werken. Het standpunt van een aantal orthopedagogische instituten is dat zij vanuit de pedagogiek werken. Wat het verschil is tussen pedagogische maatregelen en middelen of maatregelen in het kader van de Wet Bopz is niet duidelijk. Een orthopedagogisch instituut stelt in de kantlijn van de geretourneerde enquête de vraag:

'Waar leg je de grens tussen middelen of maatregelen en pedagogische maatregelen? Hoe ver kun je opvoedkundig gaan?'

Een arts van één van de geïnterviewde instellingen deelde mee dat pedagogische maatregelen in een nabij gelegen orthopedagogisch instituut niet gemeld hoeven te worden. Binnen deze instituten zijn pedagogische maatregelen niet meer dan huisregels die voor iedereen gelden. Op deze manier is niet sprake van Bopz-middelen of maatregelen. Uit de invitation conference kwam naar voren dat het onderscheid tussen een pedagogische maatregel en een middel of maatregel in de zin van de Wet Bopz nader dient te worden verhelderd.

'De afspraak is dat er naast Bopz-middelen of maatregelen ook pedagogische maatregelen zijn, die niet gemeld hoeven te worden. Begrijpelijk, maar ook moeilijk aangezien je, je in een aantal gevallen kunt afvragen of er geen extern toezicht moet zijn op die maatregel.' (arts)

5.5.6 Alternatieven voor middelen of maatregelen

Geïnterviewde instellingen geven aan dat zij proberen het aantal middelen of maatregelen terug te dringen. Zo wordt probleemgedrag in een instelling aangepakt door beter in te spelen op gehoor- en visuele problemen. Daarnaast doen instellingen een beroep op consulenteams als sprake is van een uitzichtloze situatie: een bewoner moet bijvoorbeeld meer dan 20 uur per week gefixeerd worden.

'Als je geduld hebt met haar wordt ze tijdens haar driftbuien rustiger. Dat geduld heeft men hier niet, maar ze hebben daar ook geen tijd voor haar. Met het bijzonder zorgplan is al een aantal jaren niets gedaan. Het ligt klaar, maar er gebeurt niets mee. Tegenwoordig laten ze haar vier of vijf keer per dag rusten in de separatie.' (vertegenwoordiger)

Het aantal middelen of maatregelen in een instelling is ook afhankelijk van de risico's die je als instelling wilt nemen.

'Als je veel met bewoners doet, stijgt het aantal incidenten. Als je veel administratie doet en weinig met bewoners doet, gebeuren er minder incidenten.' (zorgcoördinator)

Goede zorgprogramma's, voldoende aandacht en personeel kunnen escalaties voorkomen.

'Als ze meer individuele aandacht en hand-in-hand-begeleiding zou krijgen, hoeft ze minder vaak in de separeerruimte gezet te worden.' (zorgcoördinator)

'Als hij geen activiteiten en geen vast programma heeft, neemt zijn probleemgedrag aanzienlijk toe.' (zorgcoördinator)

'Hij laat een opbouw van spanningen zien. Voorkomen moet worden dat de situatie escaleert door middel van even met hem te gaan wandelen, knuffelen, stoeien etc.' (zorgcoördinator)

Daarnaast moet personeel ook creatief zijn en inspelen op de individuele bewoner.

'Een bewoner slaat altijd bij het afdrogen. Een alternatief is hem een handdoek in zijn handen te geven.' (zorgcoördinator)

Een nieuw personeelslid kan ook voor verandering zorgen. Afdelingen zijn soms al jaren gewend om op een bepaalde manier te handelen. Door de komst van een nieuw personeelslid op de groep kan besloten worden om Zweedse banden af te gaan bouwen.

'Toen ik begon met werken waren er meer mensen met een Zweedse band en de deur op slot. Nu, vijf jaar later is er veel veranderd.' (zorgcoördinator)

Een aantal malen werd ook opgemerkt dat het aantal middelen of maatregelen drastisch zou dalen als in bouwkundig opzicht nog het een en ander gaat veranderen. Bewoners zouden bijvoorbeeld allemaal een eigen kamer moeten krijgen.

5.5.7 Middelen of maatregelen akkoord

In de sector verstandelijk gehandicaptenzorg is middelen of maatregelen akkoord een veel gebezigd begrip; dit kwam nadrukkelijk naar voren in de interviews. Als een bewoner en/of vertegenwoordiger op een eerder moment instemt met de toepassing van bepaalde middelen of maatregelen, wordt deze afspraak als middel of maatregel akkoord opgenomen in het zorgplan. Als een bewoner zich echter verzet tegen een middel of maatregel akkoord, mag op grond van de Wet Bopz de behandeling alleen worden uitgevoerd bij ernstig gevaar.

Een risico dat verbonden is aan middelen of maatregelen akkoord is dat de toepassing van middelen of maatregelen buiten het toezicht van de Inspectie plaatsvindt en op deze manier eindeloos kan doorgaan. In de interviews kwam naar voren dat een middel of maatregel akkoord soms jarenlang in het zorgplan blijft opgenomen, ook als het betreffende middel of maatregel al lang niet meer nodig is. Uit de interviews bleek ook dat sommige regionale inspecteurs van instellingen verlangen dat zij één keer in de drie maanden een overzicht toegestuurd krijgen van alle middelen of maatregelen akkoord. Dit verzoek is echter niet gebaseerd op de Wet Bopz, waardoor instellingen niet verplicht kunnen worden om deze overzichten toe te sturen. Lang niet alle geïnterviewde instellingen gaven aan dat zij middelen of maatregelen akkoord registeren.

'Ik ben verbaasd dat separeren nog in het zorgplan staat. In het verleden is mijn dochter wel eens gesepareerd, maar nu is dat niet meer nodig.' (vertegenwoordiger)

5.5.8 Gevaar

Middelen of maatregelen kunnen in het kader van dwangbehandeling toegepast worden bij Bopz-bewoners als sprake is van 'ernstig gevaar'. Bij een noodsituatie dient sprake te zijn van 'acuut ernstig gevaar'. De interpretatie van gevaar is, vergelijkbaar met verzet, afhankelijk van de persoon die op dat moment op de groep werkt. Belangrijke factoren zijn hoe veel jaren de begeleider al op de groep werkt, met hoeveel personeelsleden hij op de groep staat en hoeveel dagen hij deze week al gewerkt heeft. Als een begeleider al meer dan zes dagen achter elkaar gewerkt heeft, daalt zijn incasseringsvermogen waardoor een potentieel dreigende situatie eerder als gevaar ingeschat zal worden. Bovendien is belangrijk dat iedereen, zowel de bewoners als het personeel, zich op de groep veilig voelt.

'Voor de een is een tikje gewoon een tikje en voor een ander is een tikje al behoorlijk over de scheef gaan.' (zorgcoördinator)

Instellingen geven in de enquête aan moeite te hebben met de interpretatie van het begrip 'ernstig gevaar'. Dit geldt voor 36,5% van de instellingen (n=27) die deze vraag hebben ingevuld. Ernstig gevaar doet zich voor als sprake is van fysieke agressie in de zin van automutileren of als bewoners gaan gooien met attributen zoals hete thee of messen, aldus de geïnterviewde zorgcoördinatoren. Van ernstig gevaar is ook sprake als bewoners uit het raam springen of als bewoners personeel of medebewoners gaan slaan. Soms ontstaat gevaar zonder duidelijke aanleiding.

De omschrijving van gevaar in de Wet Bopz is naar de mening van een aantal van de geïnterviewden, waaronder een orthopedagoog, te beperkt voor de sector verstandelijk gehandicaptenzorg.

'Op grond van de Wet Bopz beperk je alleen als er sprake is van gevaar. Je hebt in deze sector echter meer legitieme mogelijkheden nodig om de vrijheid te beperken van bewoners. Bijvoorbeeld vanuit pedagogische overwegingen, dat doe je bij kinderen ook.' (orthopedagoog)

Als zich een gevaarlijke situatie voordoet treden allerlei protocollen in werking. Er bestaan protocollen waarin beschreven staat hoe je een bewoner vast moet pakken en met hoeveel begeleiders dat moet gebeuren.

Uit de interviews komt naar voren dat gevaar ook voorkomen kan worden. Zodra bewoners onrustig worden of afwijkend gedrag gaan vertonen kan er vroegtijdig worden opgetreden. Een bewoner kan even uit de groep worden gehaald of een begeleider kan met de bewoner gaan wandelen teneinde een gevaarlijke situatie te voorkomen.

'Bij sommige bewoners helpt het om ze even op de eigen kamer te zetten en vervolgens even de sleutel om te draaien.' (zorgcoördinator)

5.6 Registratie en melding

Instellingen kregen in de schriftelijke enquête de vraag voorgelegd om gegevens in te vullen over het aantal toepassingen van middelen of maatregelen⁹ bij zowel Bopz-bewoners als niet-Bopz-bewoners in het jaar 2000. Een groot deel van de responderende instellingen was niet in staat om een overzicht van de juiste gegevens te geven. Instellingen gaven als reden aan dat toepassingen van middelen of maatregelen handmatig geteld moeten worden, aantallen worden alleen in een dagelijkse rapportage bijgehouden, een centraal registratiesysteem ontbreekt of men is bezig met het opzetten van een nieuw registratiesysteem. De antwoorden die in de enquête gegeven zijn, vormen aldus geen compleet beeld aangezien instellingen ieder op hun eigen manier toepassingen van middelen of maatregelen registreren. Ook is nog lang niet elke instelling zich bewust van het feit dat het gaat om middelen of maatregelen.

'Ik ben ervan overtuigd dat op groepen veel meer gebeurt. Men is zich daar echter veel minder bewust van wat men daadwerkelijk doet.' (zorgcoördinator)

'Als iemand drie keer gefixeerd wordt op een dag, wordt deze maatregel drie keer genoteerd.' (staffunctionaris kwaliteit).

'Als een bewoner tien keer per dag een maatregel krijgt opgelegd, wordt dit drie keer per dag gemeld: ochtenddienst, middagdienst en avonddienst.' (zorgcoördinator)

⁹ Een vraag had betrekking op het aantal middelen of maatregelen in het kader van het zorgplan en de andere vraag had betrekking op het aantal middelen of maatregelen in het kader van noodsituaties.

Uit de interviews komt naar voren dat er ook instellingen zijn waar alle toepassingen van middelen of maatregelen in het kader van het zorgplan goed worden bijgehouden. Op een schema wordt elke week bijgehouden bij wie welke maatregel is toegepast. Deze schema's belanden op een centraal punt en vervolgens wordt nog weinig gedaan met de registraties.

In de schriftelijke enquête werd ook aan de orde gesteld in hoeverre instellingen de toepassingen van middelen of maatregelen intern registreren en melden bij de Inspectie als sprake is van dwangbehandeling of een noodsituatie.

Tabel 5.10 registratie van middelen of maatregelen bij dwangbehandeling situatie 110 in procenten

	Bopz-bewoners (n=92)	niet-Bopz-bewoners (n=96)
In alle gevallen geregistreerd	63.0	61.1
Geregistreerd, afhankelijk van zwaarte van de maatregel	6.5	5.3
Geregistreerd, anders	1.1	1.1

Tabel 5.11 registratie van middelen of maatregelen bij dwangbehandeling situatie 211 in procenten

	Bopz-bewoners (n=92)	niet-Bopz-bewoners (n=93)
In alle gevallen geregistreerd	65.2	68.5
Geregistreerd, afhankelijk van zwaarte van de maatregel	5.4	4.3
Geregistreerd, anders	1.1	1.1

Van de responderende instellingen (n=92) geeft 63% aan dat zij alle toepassingen van middelen of maatregelen in situatie 1 bij Bopz-bewoners intern registreren. Een groot gedeelte van de middelen of maatregelen wordt toegepast zonder dat zij op een centrale plaats binnen de instelling worden geregistreerd. Dit is voor een deel te verklaren doordat een groot aantal instellingen in de enquête aangeeft dat zij intern de registratie (nog) niet goed geregeld hebben. Daarnaast speelt de zwaarte van de maatregel ook een rol bij de vraag of gemeld en geregistreerd wordt. Uit de gegevens blijkt verder dat responderende instellingen nauwelijks een onderscheid maken tussen Bopz- en niet-Bopz bewoners als het gaat om het registreren van het aantal middelen of maatregelen. Dit kan ook gezegd worden van het registreren van middelen of maatregelen in situatie 2.

Op de invitational conference werd nogmaals benadrukt dat registreren alleen zinvol is als er ook daadwerkelijk iets mee gedaan wordt. Het heeft weinig zin om alleen te registreren omdat 'het moet'.

De meldingen naar de Inspectie lopen wel iets uiteen. Toepassingen van middelen of maatregelen bij Bopz-bewoners in situatie 1 worden in 37,0% (n=34) gemeld tegen 27,4% (n=26) bij niet-Bopz-bewoners. Het aantal meldingen bij dwangbehandeling in de tweede situatie verschilt niet veel van het aantal meldingen dwangbehandeling in de eerste situatie. Ook hier is de zwaarte van de maatregel van invloed op het aantal meldingen aan de Inspectie.

¹⁰ Onder situatie 1 wordt verstaan: geen overeenstemming wordt bereikt over het zorgplan.

¹¹ Onder situatie 2 wordt verstaan: bewoner wil bij uitvoering van het zorgplan niet volgens gemaakte afspraken behandeld worden.

Tabel 5.12 melding van middelen of maatregelen bij dwangbehandeling situatie 112 in procenten

	Bopz- bewoners (n=92)	niet-Bopz- bewoners (n=96)
In alle gevallen gemeld	37.0	27.4
Gemeld, afhankelijk van zwaarte maatregel	16.3	20.0
Gemeld, anders	2.2	3.2

Tabel 5.13 melding van middelen of maatregelen bij dwangbehandeling situatie 213 in procenten

	Bopz- bewoners (n=92)	niet-Bopz- bewoners (n=93)
In alle gevallen gemeld	35.9	25.0
Gemeld, afhankelijk van zwaarte maatregel	19.6	28.3
Gemeld, anders	3.3	5.4

De meldingen van dwangbehandeling en noodsituaties verlopen via een algemeen landelijk formulier van de IGZ. Op dit formulier passen niet de middelen of maatregelen die bij vrijwillig opgenomen bewoners worden toegepast. Toch bleek uit de interviews dat instellingen deze toepassingen wel melden. Dit verloopt meestal via een aparte brief aan de IGZ. Het gaat dan vaak om eenmalige toepassingen van dwangbehandeling waarbij een instelling het niet nodig vindt om de juridische status van de bewoner te veranderen. Soms komt het ook voor dat de juridische status van de bewoner nog niet aangepast is en er toch middelen of maatregelen toegepast moeten worden.

‘Als er bijzonderheden zijn, wordt er bijzonder verslag bij de melding gedaan. Bijvoorbeeld een bewoner verzet zich normaal gesproken nooit tegen separeren en nu wel.’ (zorgcoördinator)
‘Een bewoner die vrijwillig opgenomen is wordt een of twee keer gefixeerd wegens het overlijden van zijn moeder. Deze situatie wordt gemeld aan de Inspectie vergezeld van een brief.’ (arts)

De geneesheer-directeur, in de meeste gevallen een arts, is verantwoordelijk voor de meldingen van middelen of maatregelen. In een van de geïnterviewde instellingen werd het melden uitgevoerd door een beleidsmedewerker die tevens Bopz-aandachtsfunctionaris binnen de instelling was. In de praktijk blijkt dat artsen lang niet alle dwangbehandelingen en noodsituaties melden aan de Inspectie.

‘Alle meldingen van dwang en nood gaan eerst naar de arts. Deze beslist of en wat er gemeld gaat worden.’ (zorgcoördinator)

Daarnaast krijgen sommige inspecteurs van een aantal instellingen om de drie maanden een overzicht toegestuurd van alle middelen of maatregelen, inclusief middelen of maatregelen die in het zorgplan staan. Op deze lijst staan ook middelen of maatregelen die bij vrijwillig opgenomen bewoners zijn toegepast. Instellingen registreren vaak middelen of maatregelen los van de juridische status die een bewoner heeft. De Inspectie doet weinig met deze overzichten. Uit de interviews komt ook naar voren dat inspecteurs, per regio, verschillende afspraken maken met

¹² Onder situatie 1 wordt verstaan: geen overeenstemming wordt bereikt over het zorgplan.

¹³ Onder situatie 2 wordt verstaan: bewoner wil bij uitvoering van het zorgplan niet volgens gemaakte afspraken behandeld worden.

het veld. In de ene regio vraagt de inspecteur om een overzicht van alle middelen of maatregelen, conform het standpunt van de hoofdinspectie. In een andere regio is de inspecteur alleen geïnteresseerd in het aantal dwangmeldingen en meldingen van noodsituaties.

Tabel 5.14 registratie van middelen of maatregelen bij noodsituaties in procenten

	Bopz-bewoners (n=92)	niet-Bopz-bewoners (n=98)
1. In alle gevallen geregistreerd	73.9	75.3
2. Geregistreerd, afhankelijk van zwaarte maatregel	3.3	3.1
3. Geregistreerd, anders	1.1	1.0

Tabel 5.15 melding van middelen of maatregelen bij noodsituaties

	Bopz-bewoners (n=92)	niet-Bopz-bewoners (n=98)
1. In alle gevallen gemeld	44.6	40.2
2. Gemeld afhankelijk van zwaarte maatregel	14.1	18.6
3. Gemeld, anders	2.2	3.1

Opvallend is dat instellingen noodsituaties nauwkeuriger registreren en melden dan dwangbehandeling. Uit interviews komt naar voren dat noodsituaties zich nauwelijks voordoen. Echter de enkele keren dat een noodsituatie zich voordoet, is meestal sprake van een zeer bijzondere situatie die in de meeste gevallen ook wordt gemeld aan de Inspectie. Daar komt bij dat dwangbehandeling niet altijd als zodanig wordt herkend ondanks verzet van bewoner en/of vertegenwoordiger.

'Als mensen zich verzetten worden ze toch naar hun kamer gestuurd. Daar verzetten ze zich altijd tegen. Dit wordt niet gemeld, maar is een middel of maatregel akkoord. Als het verzet heftig is, wordt er wel gemeld.'(zorgcoördinator)

Uit de gegevens van de BopzIS-II blijkt dat instellingen het afgelopen jaar meer dwangbehandelingen meldden dan noodsituaties. Het totaal aantal meldingen van dwangmiddelen is twee keer zo hoog als het aantal noodsituaties. Deze aantallen zouden, mede gebaseerd op de enquête van dit onderzoek, hoger kunnen zijn als instellingen nauwkeuriger zouden melden. Op grond van de tabel met BopzIS-II gegevens (tabel 5.16) valt ook op te merken dat slechts een klein gedeelte van alle middelen of maatregelen in het kader van dwang en noodsituaties gemeld wordt bij de Inspectie. Tabel 5.7 en 5.8 laten reeds een hoger aantal zien; het aantal middelen of maatregelen bij Bopz-bewoners in het kader van artikel 39 betreft op grond van de schriftelijke enquête 326. In werkelijkheid ligt dit aantal middelen of maatregelen nog hoger, aangezien tabel 5.7 en tabel 5.8 gebaseerd zijn op het aantal responderende instellingen en dus niet op alle 163 instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. De gegevens die bij BopzIS binnenkomen zijn dus allesbehalve betrouwbaar. Dit betekent dat de Inspectie niet over de juiste informatie beschikt.

Tabel 5.16 BopzIS gegevens

BopzIS gegevens 2000	Dwangbehandeling	Artikel 39 middelen of maatregelen
Groningen, Friesland, Drenthe	14	5
Gelderland en Overijssel	32	25

Utrecht en Flevoland	12	9
Noord-Holland	90	9
Zuid-Holland	119	47
Noord-Brabant en Zeeland	0	1
Limburg	33	47
Totaal	300	143

Ondanks de administratieve rompslomp die het registreren en melden met zich meebrengt, delen de instellingen de mening dat registeren en melden noodzakelijk is. Op grond van het overzicht van middelen of maatregelen wordt inzichtelijk wat gebeurt binnen een instelling. Het bijhouden van alle middelen of maatregelen wordt ook als een onderdeel van het kwaliteitssysteem beschouwd. Tijdens de invitationale conference werd de voorkeur uitgesproken om het huidige systeem, het apart melden van elke toepassing van een middel of maatregel in het kader van dwangbehandeling of een noodsituatie, te laten vervallen. Het zou volgens de genodigden zinvoller zijn als de Inspectie het interne registratiesysteem controleert. Instellingen erkennen in de interviews dat nog meer gedaan kan worden met de overzichten van alle middelen of maatregelen. Het beleid van een instelling dient erop gericht te zijn om het aantal middelen of maatregelen uiteindelijk naar beneden te brengen.

'Het is bij bepaalde bewoners wel een administratieve rompslomp. Daar loop je wel eens tegenaan. Je kunt echter op grond van de registratie ook gericht feedback geven.' (zorgcoördinator)

'Ik zou nooit durven zeggen dat alles gemeld wordt. Maar, het zit hier wel fors ingeramd.' (arts)

5.7 Huisregels en beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid

Maar liefst 91,7% van de responderende instellingen (n=100) geeft aan dat zij over huisregels beschikken waarvan 71,7% de huisregels ook schriftelijk heeft vastgelegd. Een groot deel van de responderende instellingen is aldus bekend met het begrip huisregels. Op grond van artikel 40 Bopz mogen huisregels geen betrekking hebben op het controleren van de post, beperkingen in het ontvangen van bezoek, beperkingen in bewegingsvrijheid en beperkingen op vrij telefoonverkeer. Beperkingen in de bewegingsvrijheid wordt, gezien de uitkomsten van de schriftelijke enquête, toch nog in 36,5% van de responderende instellingen (n=36) opgenomen in de huisregels.

De inhoud van de huisregels gaat in de meeste gevallen niet veel verder dan een aantal omgangsregels. Geïnterviewden vinden huisregels over het algemeen een 'beladen' woord. Op een groep is het belangrijk dat er bepaalde normen en waarden zijn zodat iedereen zich veilig voelt en dat er een zekere rust op de groep is. In de huisregels staan bijvoorbeeld afspraken over privacy en hoe laat er wordt gegeten.

'Huisregels zijn er niet. Het zijn de normale zaken waar we dan over praten.' (zorgcoördinator)
'Hij moet zich hier aan regels houden die thuis ook zouden gelden. Thuis mocht hij ook geen alcohol drinken.' (vertegenwoordiger)

Een enkele keer staan er vreemde zaken in de huisregels.

'Een groep heeft als regel dat mensen niet op elkaar verliefd mogen worden, want dat geeft

zulke problemen.’ (zorgcoördinator)

‘Bewoners mogen niet op hun eigen kamer eten. Dan gaat het effect van het huishouden teniet. Met een bord op schoot voor de TV hangen kan ook niet.’ (zorgcoördinator)

Per afdeling, per team wordt anders omgegaan met huisregels. Elke groep heeft zijn eigen huisregels. Soms zijn regels inzichtelijk en soms niet. Huisregels zijn ook aan verandering onderhevig. Geïnterviewden geven aan dat vroeger de regel gold dat elke bewoner op een bepaald tijdstip naar bed moest gaan, inmiddels is deze huisregel in een aantal instellingen afgeschaft. Bewoners mogen langer opblijven in de woonkamer of op hun eigen kamer TV kijken nadat het personeel naar huis is gegaan. Dit geldt nog niet voor alle bewoners. Er zijn bepaalde bewoners, met name als het gaat om ernstig verstandelijk gehandicapten, die geholpen moeten worden bij het naar bed gaan.

‘Ik ga om 23 uur naar bed. Dat mag ik zelf weten. In mijn vorige huis moest ik al om 22 uur gaan slapen. Het is fijn dat het hier niet meer zo streng is.’ (bewoner)

‘Onlangs was er een incident met een bewoner. De bewoner was nog TV aan het kijken op zijn eigen kamer. De nachtdienst wilde dat hij zijn TV uitdeed. De bewoner werd boos en vervolgens neemt de nachtdienst contact op met mij dat de bewoner in kwestie lastig is.’ (zorgcoördinator)

Bewoners van een hoog niveau worden ook steeds meer betrokken bij de huisregels. Tijdens een bewonersvergadering komen de huisregels ter sprake.

‘Vanuit de bewoners ligt er nu de vraag om de bedtijden te veranderen. Dat betekent dat het management de werktijden moet gaan veranderen.’ (zorgcoördinator)

Naast huisregels hebben bewoners van instellingen ook te maken met beperkingen in de bewegingsvrijheid. Het begrip beperking in de bewegingsvrijheid kwam in de onderzochte zorgplannen niet voor. In de verschillende zorgplannen die doorgenomen zijn, stond een aantal van deze beperkingen genoteerd onder (begeleidings)afspraken of onder overige beperkende maatregelen. Geen van de geïnterviewden maakte gebruik van de term beperking in de bewegingsvrijheid. Er wordt meer gesproken over *‘aparte regels voor bewoners die genoteerd staan in het zorgplan’*. Hoewel zorgcoördinatoren in de interviews een groot deel van de beperkingen konden benoemen, realiseerde men zich ook dat niet alle beperkingen ergens genoteerd staan. Dit betreft met name beperkingen die voor een grotere groep bewoners tegelijkertijd gelden zoals de koelkast op slot, buitendeur op slot en tuinhekje op slot. Een aantal regionale inspecteurs stelt het op prijs dat een keer per jaar een overzicht van al deze afspraken toegestuurd wordt naar de Inspectie.

Beperkingen in de bewegingsvrijheid die in de zorgplannen genoteerd staan zijn onder te verdelen in:

- a. beperking in de vrijheid om een ruimte te verlaten of binnen te treden; voorbeelden zijn niet zonder toestemming naar buiten gaan, op bepaalde momenten niet de woonkamer in, deurverklikkers, vaste kamermomenten, even afkoelen in de tussenkamer, time-out, tussendeur dicht, keuken verboden terrein, hand-in-hand begeleiding, gesloten afdeling;
- b. beperking om te beschikken over voorwerpen; voorbeelden zijn koelkast op slot, sigarettenschema, bestek achter slot en grendel, een keer in de week bellen, mobiele telefoon inleveren, geen huisdieren, geen vuur in eigen beheer, kledingkast op slot, pennen afnemen, alcohol beperkt, alleen gebeurtenissen vertellen die binnen een voor haar overzichtelijke tijd plaatsvinden;
- c. beperking in het aangaan van contacten; voorbeelden zijn het verbieden van onderlinge relaties, geen contact met ouders, niet naar activiteiten.

Op bepaalde groepen is het vanwege de aanwezigheid van een bewoner noodzakelijk om eten en drinken achter slot en grendel op te bergen. Andere bewoners die deze beperking niet nodig hebben, beschikken in veel gevallen over een speciale sleutel om wel toegang te hebben tot de koelkast.

5.8 Samenloop met WGBO

In de reeds eerder beschreven weergave van de jurisprudentie (hoofdstuk 3) is al duidelijk geworden dat onduidelijkheden bestaan ten aanzien van de samenloop van de WGBO met de Wet Bopz. De resultaten van de schriftelijke enquête onderschrijven dit probleem. Maar liefst 45% van de responderende instellingen (n=33) ondervindt problemen als het gaat om de samenloop van de WGBO met de Wet Bopz.

'We hebben wel even moeten worstelen met de relatie WGBO en Wet Bopz. In het begin dachten we dat als iemand een RM had, alles via de Wet Bopz moest verlopen. Maar dat is niet zo. Daar zijn we van teruggekomen. Het is de Wet Bopz, tenzij. Er zijn soms wel bespreekgevallen die je met de Inspectie bespreekt.' (arts)

De dagelijkse zorgverlening aan mensen met een verstandelijke handicap laat regelmatig casuïstiek zien die onder te brengen is in een grijs gebied, dat wil zeggen situaties waarbij niet duidelijk is of nu sprake is van de WGBO of van de Wet Bopz. Het betreft met name toepassingen van middelen of maatregelen.

'Een bewoner wordt elke dag een half uur op een toilet gezet met de deur op slot. De toilet-ruimte is zo klein dat er niet iemand naast kan staan. Bovendien als er een begeleider bij blijft staan veroorzaakt dit een conflict. De bewoner vindt uit zichzelf niet de rust om op het toilet te zitten. De oplossing is om de deur op slot te doen. Deze situatie valt volgens de middelen of maatregelen commissie onder de Wet Bopz.' (zorgcoördinator)

De bovengescreven casus valt naar de mening van de instelling uiteindelijk onder een middel of maatregel in de zin van de Wet Bopz. Er is echter geen sprake van verzet, aangezien de bewoner instemt met de maatregel. Geïnterviewden geven aan dat in zo'n geval ook sprake kan zijn van de WGBO. Voorbeelden als deze geven instellingen aanleiding tot de uitspraak dat de Wet Bopz voor de psychiatrie geschreven is en niet voor de sector verstandelijk gehandicaptenzorg.

Bepaalde middelen of maatregelen zitten tussen de WGBO en de Wet Bopz in. Een bewoner kan bijvoorbeeld een tafelblad voor zijn rolstoel krijgen om te voorkomen dat hij uit zijn stoel valt vanwege epileptische aanvallen. Een ander voorbeeld is premedicaties bij de tandarts. Artsen delen in zo'n geval de mening dat sprake is van een medische of beschermende maatregel en als gevolg daarvan de WGBO van toepassing is. Over het algemeen registreren instellingen deze maatregelen wel. Of deze middelen of maatregelen ook gemeld worden is niet altijd even duidelijk. Als artsen veel middelen of maatregelen onder de WGBO plaatsen, onttrekken zij een groot aantal middelen of maatregelen aan het toezicht van de Inspectie.

'Bepaalde middelen of maatregelen hebben een somatische reden. Het fixeren van iemand in een stoel toont vergelijking met veiligheidsgordels in de auto. Er is dus niet sprake van de Wet Bopz.' (arts)

'Beschermende maatregelen worden niet altijd geregistreerd. Het probleem is dat mensen vaak

niet weten wat onder de Wet Bopz valt en wat niet. Ik vind echter dat alle gevallen geregistreerd moeten worden. Dat is zorgvuldiger en inzichtelijker.’ (orthopedagoog)

Uit de resultaten blijkt dat ook bij vrijwillig opgenomen bewoners middelen of maatregelen worden toegepast.

‘Een bewoner wordt vrijwillig opgenomen. Ze begrijpt weinig van de situatie. Ze is seksueel misbruikt. Ze is een enorme vrouw en slaat op een gegeven moment door. Separatie is noodzakelijk. We vragen een artikel 60 indicatie aan, maar die wordt afgewezen omdat het gaat om een behandelbare aandoening. We separeren dan in het kader van de WGBO, op advies van de Inspectie.’ (zorgcoördinator).

De Inspectie is er geen voorstander van om bepaalde middelen of maatregelen onder de WGBO te plaatsen. De WGBO is bedoeld voor de relatie tussen de arts en de patiënt. Een middel of maatregel als een bedhek, een Zweedse band of een tafelblad zijn allen middelen of maatregelen die zeer ingrijpend zijn en niet onder de WGBO behoren te vallen. Het onderscheid tussen Bopz-maatregelen en WGBO-maatregelen werkt bovendien niet verhelderend voor de werkvloer.

5.9 Geschiktheid Wet Bopz

In de interviews kwam ook de vraag aan de orde of de Wet Bopz een geschikte wet is voor de sector verstandelijk gehandicaptenzorg. Over het algemeen geven geïnterviewden aan dat zij het eens zijn met de uitgangspunten van de Wet Bopz. Door de komst van deze wet is men meer gaan nadenken over de toepassing van vrijheidsbeperkingen en wordt zorgvuldiger gewerkt. Oftewel de ‘geest van de wet is goed’.

‘De Wet Bopz is een goede wet. Het gaat toch om het opleggen van vrijheidsbeperkingen. Dat moet je niet zelf bepalen, daar moet een vorm van toezicht en verantwoording voor zijn. Als begeleider heb je toch een soort machtspositie ten aanzien van de bewoners.’ (zorgcoördinator)

De Inspectie heeft de Wet Bopz aangegrepen om de kwaliteit van zorg binnen instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg te verbeteren. Voor de komst van de Wet Bopz werd er al wel met zorgplannen gewerkt, maar de Wet Bopz heeft ervoor gezorgd dat instellingen nog systematischer zijn gaan werken. Daarnaast zijn afzonderingsruimtes aangepakt. Een deel van de afzonderingsruimtes is verdwenen en de overige afzonderingsruimtes zijn nader aangepast aan de wettelijke eisen.

Ondanks de positieve geluiden, worden er ook kanttekeningen geplaatst bij de Wet Bopz. De Wet Bopz zou teveel voor de psychiatrie geschreven zijn, waardoor enkele begrippen zoals geneesheer-directeur, behandelplan en gevaar niet inpasbaar zijn binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. In deze paragraaf zal een aantal kanttekeningen en problemen rondom de uitvoering van de Wet Bopz nader worden toegelicht.

Vrijwillig opgenomen bewoners

Aan de schriftelijke enquête hebben 100 instellingen meegewerkt. In totaal verblijven in deze instellingen 28.207 bewoners. Bijna 70% van deze bewoners is vrijwillig opgenomen en verblijft aldus zonder een RM, IBS of Bopz-indicatie ex artikel 60 Bopz in een Bopz-instelling. Op grond van deze resultaten kan voorzichtig geconcludeerd worden dat de Wet Bopz slechts op 30%

van alle bewoners van Bopz-instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg van toepassing is.

Tabel 5.17 juridische status bewoners

Juridische status	Aantal	Percentage
Verstandelijk gehandicapten totaal ¹⁴	28.207	100.0
Vrijwillig opgenomen	19.701	69.8
Bopz-indicatie	8.429	29.9
RM	75	0.003
IBS	2	≅0

De resultaten van de schriftelijke enquête tonen dat van de 92 instellingen die deze vraag ingevuld hebben, maar liefst 35,2% helemaal geen Bopz-bewoners in huis heeft (tabel 5.18). In 14,3% (n=13) van de geretourneerde instellingen verblijven meer dan 200 Bopz-bewoners. Op grond van de resultaten van tabel 5.17 en 5.18 kan geconcludeerd worden dat de gevonden 30% Bopz-bewoners verspreid over de 64,8% van de Bopz-instellingen verblijven.

Tabel 5.18 aantal Bopz-bewoners in procenten

	(n=92)
Geen bopz bewoners	35.2
>200 bewoners	14.3

De instellingen die aangeven geen Bopz-bewoners te hebben, vallen allen onder de Wet Bopz. Ze staan immers op de lijst met Bopz-aanmerkingen¹⁵. Een reden voor dit hoge percentage instellingen zonder Bopz-bewoners is voor een deel toe te schrijven aan de werkwijze van de indicatiecommissies.

'Als ik een aanvraag de deur uit doe, geef ik de redenen aan waarom ik deze aanvraag tot een indicatie wens. Daarmee bepaal ik of het om een Bopz-indicatie gaat. Het indicatieorgaan bepaalt ook, maar het hangt er wel vanaf wie de indicatie doet. Laatst was er een maatschappelijk werkster die de indicatie moest doen. Deze persoon wist niet wat de Wet Bopz was.' (arts)

Een deel van de huidige populatie van instellingen is reeds opgenomen voor de invoering van de Wet Bopz. Deze zittende bewoners zijn lang nog niet allemaal in aanmerking gekomen voor een herindicatie. Sommige instellingen zijn nog steeds bezig met een inhaalslag. De indicatiecommissies die verantwoordelijk zijn voor de artikel 60 indicaties werken met een grote achterstand. Andere instellingen laten de huidige situatie voortbestaan, waardoor een groot aantal bewoners vrijwillig opgenomen blijft.

Op deze manier ontstaan situaties die strijdig zijn met de wet. Bij deze grote groep vrijwillig opgenomen bewoners komen namelijk wel vrijheidsbeperkingen voor. Dit blijkt niet alleen uit de enquête, maar ook uit de interviews. In dit verband dringt zich dan ook de vraag op wat de toegevoegde waarde van een Bopz-indicatie is? Volgens de Wet Bopz mogen alleen middelen of maatregelen worden toegepast bij onvrijwillig opgenomen bewoners.

'Externe toetsing vind ik heel belangrijk oftewel dat een onafhankelijk iemand mee kijkt. In de praktijk stelt het echter weinig voor. Als instelling zijnde kun je zelf bepalen wie je aanwijst voor een herindicatie. Wij hebben de bewoners uitgekozen waarbij frequent middelen of maatregelen worden toegepast.' (directeur)

¹⁴ Dit aantal is gebaseerd op 100 instellingen, die de schriftelijke enquête hebben geretourneerd.

¹⁵ Staatscourant 26 juni 2000, nr. 120, pag. 10.

De Inspectie is er voorstander van dat elke bewoner die wordt opgenomen, waarbij geen RM of IBS aan de orde is, met een artikel 60 Bopz wordt geïndiceerd. Met een Bopz-indicatie moeten instellingen zich nog meer verantwoorden naar de Inspectie en naar de vertegenwoordiger toe. Een indicatie kan ervoor zorgen dat de werkvloer zich nog meer gaat realiseren waarmee men bezig is en welke inbreuken men maakt op grondrechten van bewoners. De werkvloer is echter nauwelijks op de hoogte van de juridische status van bewoners en houdt daar ook nog geen rekening mee.

Op de vraag 'gaat u met een Bopz-bewoner anders om dan met een niet-Bopz bewoner' antwoordde maar liefst 90,7% van de responderende instellingen (n=87) dat zij geen onderscheid maakt tussen de behandeling van een Bopz-bewoner of een niet-Bopz bewoner. In de toelichting op deze vraag wordt duidelijk waarom instellingen geen onderscheid maken:

- De instelling heeft geen Bopz-bewoners
- Een groot deel van de bewoners moet nog worden geherindiceerd
- Vanuit de visie op zorg geldt geen onderscheid
- Alle bewoners zijn in de praktijk wilsonbekwaam
- Bij beide groepen bewoners gelden dezelfde zorgvuldigheidseisen
- De Wet Bopz is in principe op alle bewoners van toepassing, ook al ontbreekt de indicatie
- Er worden ook middelen of maatregelen bij niet-Bopz bewoners toegepast
- De zorg wordt gegeven vanuit een individueel zorgplan, dat elke bewoner heeft
- Personeel weet niet of bewoners wel of niet Bopz-geïndiceerd zijn
- Alle bewoners worden in de geest van de wet behandeld
- Middelen of maatregelen worden ook bij vrijwillig opgenomen bewoners toegepast, deze bewoners staan op de wachtlijst voor herindicatie
- Verschil tussen een Bopz en niet Bopz-bewoner is slechts administratief
- Het uitgangspunt is, ongeacht de status, leveren van kwalitatief goede zorg

Terminologie van Wet Bopz

In de interviews en enquêtes werd voortdurend benadrukt dat een aantal begrippen uit de Wet Bopz niet geschikt is voor de sector verstandelijk gehandicaptenzorg. Een veel genoemd begrip is de functie van geneesheer-directeur. Op grond van de Wet Bopz is de arts degene die eindverantwoordelijk is voor het gehele Bopz-beleid. Het is ook de arts die dwangbehandeling en noodsituaties moet melden aan de Inspectie. Deze wijze van handelen komt nog sterk overeen met het medisch model, waarbij de arts binnen een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg een vooraanstaande positie inneemt. De sector verstandelijk gehandicaptenzorg heeft het medisch model in zuivere vorm echter al een aantal jaren achter zich gelaten. Naast de arts heeft de gedragswetenschapper zijn intrede gedaan binnen de sector verstandelijk gehandicaptenzorg. Een aantal geïnterviewden gaf aan dat de functie van pedagoog meer gewicht zou moeten krijgen.

Artikel 38 lid 3 Bopz heeft betrekking op het behandelingsplan. De term behandelingsplan is na de vorige evaluatie gewijzigd in zorgplan. Het doel van het zorgplan is echter om de geestesstoornis weg te nemen of te verbeteren. Binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg is het lang niet altijd mogelijk om de geestesstoornis op te heffen. Iemand die verstandelijk gehandicapt is, zal dit zijn hele leven blijven: er is immers sprake van een 'beperkte ontwikkeling'.

In de psychiatrie zijn patiënten over het algemeen mondiger dan in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Als psychiatrische patiënten het ergens niet mee eens zijn, kunnen zij goed aangeven waarom zij iets niet willen. Geïnterviewden zijn van mening dat de Wet Bopz meer ge-

schreven is voor mensen die hun wil goed kenbaar kunnen maken.

Middel of maatregel akkoord

Ondanks het feit dat dwangbehandeling en noodsituaties gemeld moeten worden aan de Inspectie, wordt een groot deel van de middelen of maatregelen buiten het toezicht van de Inspectie toegepast op basis van de constructie middel of maatregel akkoord. Deze middelen of maatregelen staan in het zorgplan genoteerd en bewoner en/of vertegenwoordiger hebben toestemming gegeven. Echter, geïnterviewden geven aan dat bij de toepassing van deze middelen of maatregelen niet altijd serieus wordt ingegaan op verzet van de bewoner. Uit het dossieronderzoek en interviews blijkt bovendien dat middelen of maatregelen, ook nadat ze niet meer van toepassing zijn, opgenomen blijven in het zorgplan. De interne rechtspositie van bewoners wordt hierdoor uitgehouden en bevindt zich op een lager niveau dan de Wet Bopz beoogt.

Grijs gebied

Binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg bestaat een grijs gebied van behandelen, waarbij het onduidelijk is of de Wet Bopz dan wel de WGBO van toepassing is. Naast middelen of maatregelen in het kader van gevaar worden in de verstandelijk gehandicaptenzorg ook middelen of maatregelen vanuit pedagogische motieven toegepast. Een deel van de orthopedagogisch instituten is van mening dat zij niet onder de Wet Bopz valt en daardoor de toepassing van middelen of maatregelen niet hoeft te melden. Daarnaast bestaan er binnen de zorg medische maatregelen, die eerder onder de WGBO geplaatst worden dan onder de Wet Bopz. Te denken valt aan een bedhek, een helm of een tafelblad. Deze maatregelen worden toegepast op afdelingen die veel overeenkomsten hebben met verpleeghuisachtige settings.

Criteria voor verzet en gevaar

In de eerste evaluatie van de Wet Bopz kwam al naar voren dat de begrippen verzet en gevaar nader uitgewerkt zouden moeten worden voor de sector verstandelijk gehandicaptenzorg. De bepleite operationalisatie heeft tot op dit moment nog niet plaatsgevonden, wat als een gemis wordt ervaren op de werkvloer.

Kennis van de wet

Een ander gehoord probleem binnen instellingen is waar men de kennis over de Wet Bopz vandaan moet halen. Dit geldt met name als zich een extreem geval voordoet. In de meeste gevallen wordt dan contact gezocht met de Inspectie. Er is echter behoefte aan meer eenduidige informatie in de zin van welke rechten en plichten hebben Bopz-bewoners en wat is het verschil tussen een vrijwillig en een onvrijwillig opgenomen bewoner?

Instellingsgebonden karakter

Uit bovenstaande kanttekeningen komt onmiskenbaar naar voren dat veel vrijheidsbeperkingen buiten het circuit van de Wet Bopz plaatsvinden. Orthopedagogisch instituten passen vrijheidsbeperkingen toe, maar hoeven deze, zo stellen zij, niet te melden aan de Inspectie. Veel toepassingen van middelen of maatregelen vallen op deze manier buiten het toezicht van de Inspectie. In dit onderzoek is buiten beschouwing gebleven de situatie in settings buiten een Bopz-instelling zoals een Gezinsvervangend Tehuis (GVT). Uit eerdere onderzoeken blijkt dat ook in deze settings vrijheidsbeperkingen plaatsvinden. De Wet Bopz is echter alleen van toepassing op instellingen en niet op semi-murale instellingen zoals een GVT. Gelet op de verdere deconcentratie van instellingen is het niet ondenkbaar dat het instellingsgebonden karakter van de Wet Bopz voor verdere problemen gaat zorgen.

6

Conclusies en aanbevelingen

6.1 Inleiding

Aan het begin van dit rapport is een aantal onderzoeksvragen geformuleerd die in dit hoofdstuk worden beantwoord. De vragen waren:

1. In hoeverre zijn de bepalingen van de Wet Bopz bekend en worden ze toegepast?
 - *Op welke wijze wordt de wils(on)bekwaamheid bij psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte bewoners vastgesteld?*
 - *Op welke wijze is bij wilsonbekwame bewoners de vertegenwoordiging geregeld?*
 - *Op welke wijze komt in de praktijk een zorgplan tot stand: wie zijn bij de totstandkoming betrokken en welke zaken worden erin geregeld?*
 - *In welke mate wordt een vorm van dwangbehandeling toegepast of een van de middelen of maatregelen uit de Wet Bopz? Wordt deze toepassing ook als zodanig geduid en geregistreerd, en wat wordt daar vervolgens mee gedaan?*
 - *In hoeverre worden huisregels toegepast in situaties die niet door de Wet Bopz zijn beoogd?*
2. In hoeverre vormt de Wet Bopz een geschikt kader om de rechtspositie te waarborgen van de bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen?

De antwoorden op de onderzoeksvragen worden in dit hoofdstuk gepresenteerd aan de hand van de indeling die in hoofdstuk 4 en 5 is gebruikt. Per onderwerp worden de belangrijkste conclusies en aanbevelingen weergegeven. Tijdens de invitationale conferentie die op 14 september ter validering van de uitkomsten en conclusies is gehouden, is aan de genodigden onder meer een aantal stellingen voorgelegd (zie bijlage verslag invitationale conferentie). De belangrijkste opmerkingen, die naar aanleiding van deze stellingen zijn gemaakt, zijn verwerkt in de conclusies en aanbevelingen van dit hoofdstuk.

6.2 Psychogeriatric

In deze paragraaf volgt een overzicht van de beschouwingen voor de psychogeriatric op grond van de uitkomsten uit de eerdere hoofdstukken. Naar aanleiding van de tweede evaluatie kan evenals naar aanleiding van de eerste worden geconstateerd dat de Wet Bopz heeft geleid tot een cultuuromslag: zorgverleners hebben naar aanleiding van de Wet Bopz een moreel besef ontwikkeld ten aanzien van het maken van een inbreuk op de vrijheid van bewoners. De

toonzetting van de vorige evaluatie was, gezien het tijdstip, nog voorzichtig positief: het veld was nog volop bezig met implementeren en men constateerde een verbetering van de interne rechtspositie van bewoners, vooral vanwege de cultuuromslag die gemaakt was. Hieronder zal worden duidelijk gemaakt, dat sinds de vorige wetsevaluatie in de praktijk een manier van omgaan met de Wet Bopz is gevonden, waarbij de geest van de wet wordt erkend, maar de doelstelling - verbetering van de interne rechtspositie van psychogeriatrische bewoners - door deze modus niet wordt bereikt.

6.2.1 Bopz-status

Het idee achter de Wet Bopz is dat, tenzij toestemming is verkregen, uitsluitend inbreuk gemaakt mag worden op de vrijheid van een patiënt binnen de instelling, als de deze een Bopz-status (Bopz-indicatie, rechterlijke machtiging of inbewaringstelling) heeft. Vrijwillig opgenomen bewoners worden door de Wet Bopz beschermd in de zin dat op hen de inhoud van de wet niet van toepassing is: er mogen op deze groep dus geen middelen of maatregelen worden toegepast. In de praktijk hebben de meeste bewoners een Bopz-status. Toch blijkt dat ruim een vijfde van de bewoners geen Bopz-status heeft en dus formeel vrijwillig is opgenomen. Daarbij gaat het niet altijd om bewoners die ook daadwerkelijk vrijwillig opgenomen zijn. Uit het onderzoek komt naar voren dat in de dagelijkse verpleging en verzorging van bewoners nauwelijks onderscheid wordt gemaakt tussen bewoners met en bewoners zonder juridische status, terwijl dit volgens de wet strikt genomen wel zou moeten. Middelen of maatregelen worden bij beide groepen frequent toegepast, waardoor vrijwillig opgenomen bewoners niet extra beschermd worden door de Wet Bopz. Onduidelijk is gebleven waarom instellingen zich zo weinig bekommeren om de formele verblijfstitel.

Op deze situatie kan de praktijk, gegeven het wettelijk kader dat de Wet Bopz stelt, op twee manieren reageren. In de eerste plaats kan ervoor gezorgd worden dat meer bewoners door middel van een indicatie onder de Wet Bopz worden gebracht. In de tweede plaats kan er beter op worden toegezien dat op vrijwillig opgenomen bewoners geen dwang en middelen of maatregelen worden toegepast.

Als de praktijk geen onderscheid maakt tussen vrijwillig opgenomen bewoners en bewoners met een Bopz-status, of als iedere psychogeriatrische patiënt onder de Wet Bopz wordt gebracht rijst echter de vraag wat een Bopz-status aan de rechtsbescherming toevoegt binnen de psychogeriatrische sector. Zie hierover verder paragraaf 6.4.

Aanbeveling:

- 1. De praktijk dient binnen het geldend kader van de Wet Bopz een beter onderscheid te maken tussen vrijwillig en onvrijwillig opgenomen bewoners. Instellingen dienen er zorg voor te dragen dat bewoners de juiste juridische status hebben en dat medewerkers beter worden voorgelicht over de consequenties van het verschil in juridische status.*

6.2.2 Wils(on)bekwaamheid en vertegenwoordiging

Het overgrote deel van de bewoners, vrijwillig of onvrijwillig opgenomen, krijgt bij binnenkomst een vertegenwoordiger aangewezen. Voordeel van het in een vroeg stadium aanwijzen van een vertegenwoordiger is dat de bewoner zelf nog inspraak zou kunnen hebben wie de rol van vertegenwoordiger op zich neemt. Nadeel van het vroeg inschakelen van een vertegenwoordiger kan zijn dat dit ten koste gaat van de inspraak die een bewoner zelf nog heeft, omdat over zijn hoofd heen wordt overlegd.

Als het gaat om overleg over formele momenten, zoals totstandkoming of bijstelling van het zorgplan, toepassing van middelen of maatregelen, wordt in de regel met de vertegenwoordiger overlegd en niet met de bewoner. Men acht de bewoner hiertoe in het algemeen wilsonbekwaam. Een formeel onbekwaamheidsonderzoek vindt niet plaats, hoewel men in de praktijk wel bekijkt of er sprake is van bekwaamheid bij de bewoner. Respondenten geven aan dat het

meer op een 'Fingerspitzengefühl' aankomt bij de bepaling of iemand wel of niet tot een bepaalde beslissing uitkomt. In de praktijk komt het er dan op neer dat bewoners soms nog wel in staat worden geacht om beslissingen te nemen over dagelijkse aangelegenheden (wil ik wel of niet gewassen worden, wil ik wel of geen koffie), maar niet op formele beslismomenten. Uit de evaluatie van de WGBO komt naar voren dat in de praktijk behoefte bestaat aan een leidraad bij het vaststellen van wilsonbekwaamheid. (Dute et al. 2000: p. 169) In de afgelopen jaren zijn hiertoe initiatieven ontplooid: voor wilsonbekwamen in het algemeen (Ministerie van Justitie 1994), voor verstandelijk gehandicapten (Dute et al. 2000; Biesart en Hubben 2000), maar ook voor psychogeriatrische patiënten (NVVA 1997). In dit onderzoek kon niet worden vastgesteld dat er ruim gebruik wordt gemaakt van deze ontwikkelde handreikingen. Ook uit de WGBO-evaluatie komt naar voren dat er geen sprake is van een eenduidig beleid als het gaat om het vaststellen van de wilsbekwaamheid. (Dute et al. 2000: p. 169) Dit roept de vraag op wat de oorzaak daarvan is. Is aan deze initiatieven onvoldoende bekendheid gegeven of worden zij in het veld ongeschikt bevonden voor de beoordeling van wilsonbekwaamheid?

Doordat er geen systematische beoordelingen zijn van de wilsbekwaamheid van bewoners is de praktijk van de onbekwaamheidsbepaling weinig transparant. Het gevaar bestaat dat zorgverleners in de praktijk wellicht te lichtvaardig beslissen dat bewoners niet meer in staat zijn om inspraak te hebben in formele beslismomenten.

Aanbevelingen:

- 2. Het verdient aanbeveling de onbekwaamheidsbeoordeling inzichtelijker te maken, zodat duidelijk wordt dat niet verder inbreuk wordt gemaakt op het zelfbeschikkingsrecht van bewoners, dan strikt noodzakelijk is.*
- 3. Het gebruik van richtlijnen bij de beoordeling van wilsonbekwaamheid is noodzakelijk en wenselijk. Aanbevolen wordt te onderzoeken waarom de implementatie van reeds ontwikkelde initiatieven moeizaam lijkt te verlopen.*

6.2.3 Totstandkoming en inhoud zorgplan

Het zorgplan is een plan waarin beschreven staat hoe de zorg ten aanzien van een bewoner georganiseerd wordt. Onder zorg valt niet alleen de verzorging, maar ook de medische behandeling. Het blijkt dat in de praktijk geen onderscheid gemaakt wordt tussen een behandeling in de zin van de WGBO en een zorg- of behandelingsplan in de zin van de Wet Bopz (artikel 38). Beide onderdelen worden opgenomen in het zorgplan en zijn niet van elkaar te scheiden. Hoewel artikel 38 lid 3 Bopz voorschrijft dat het behandelingsplan erop gericht is de stoornis dermate te verbeteren dat het gevaar op grond waarvan de patiënt werd opgenomen, wordt weggenomen, is van een dergelijk therapeutisch doel in de psychogeriatric in het algemeen geen sprake. Gezien de aard van de aandoening is dit veelal ook feitelijk onmogelijk. Dit probleem speelt vooral bij vrijheidsbeperkende maatregelen die in het zorgplan worden opgenomen, omdat met name daar blijkt dat het formele doel van het zorgplan geen recht doet aan de feitelijke situatie.

Zoals hiervoor reeds werd aangegeven, vindt overleg over de totstandkoming en inhoud van het zorgplan in de regel plaats met vertegenwoordigers. Bij de besprekingen over de totstandkoming van het zorgplan zelf zijn vertegenwoordigers echter lang niet altijd aanwezig. Wel krijgen ze vooraf en achteraf volgens de respondenten voldoende mogelijkheden tot inspraak. Ook de vertegenwoordigers zelf ervaren dat ze voldoende mogelijkheden tot inspraak hebben. Tijdens de invitational conference herkent men deze perceptie van vertegenwoordigers.

Belangrijk bij inspraak is dat vertegenwoordigers (en ook bewoners zelf) in vrijheid kunnen beslissen en aldus toestemming kunnen geven of onthouden. Aan die vrijheid blijkt het soms wel eens te schorten.

Niet altijd is er in de psychogeriatric een vertegenwoordiger; ook blijkt dat vertegenwoordigers

in vergelijking tot bijvoorbeeld de verstandelijk gehandicaptenzorg, doordat ze een wat grotere afstand tot de bewoner hebben, soms minder betrokken zijn. Als er geen input van een vertegenwoordiger is, gaat men daarom wel in de praktijk noodgedwongen over tot eenzijdige vaststelling van het zorgplan. Het is de vraag of dit wenselijk is.

Aanbevelingen:

- 4. In het zorgplan moet –indien dit aan de orde is - aangegeven worden waarom de bewoner zelf niet in staat tot beslissen kan worden geacht en voor welke beslissingen dit geldt.*
- 5. De tekst in art. 38 Bopz waarin als doel van het zorgplan wordt geformuleerd het verbeteren van de stoornis, moet voor de psychogeriatricie worden aangepast.*

6.2.4 Uitvoering zorgplan, dwangbehandeling en middelen of maatregelen

Dikwijls worden in het zorgplan middelen of maatregelen, zoals beschreven in het Besluit middelen en maatregelen opgenomen. Bedoeld worden fixatie, afzondering, medicatie en het toedienen van voedsel of vocht. In de praktijk wordt hierbij van 'M&M' gesproken, ongeacht de vraag of er sprake is van middelen of maatregelen die in het zorgplan worden opgenomen, van dwangbehandeling, of worden toegepast in een noodsituatie zoals bedoeld in artikel 39 Bopz. Middelen of maatregelen worden veelal eerst in het kader van een noodsituatie toegepast, vanwege valgevaar of onrust van de bewoner. De eerste zeven dagen worden gezien als proeftijd, waarna – indien men dit noodzakelijk acht – de middelen of maatregelen in het zorgplan worden opgenomen.

Toepassing van middelen of maatregelen, al dan niet opgenomen in het zorgplan komt veelvuldig voor, zowel bij Bopz- als niet-Bopz-bewoners. Verreweg het meeste wordt fixatie toegepast, maar ook het gecamoufleerd toedienen van medicatie, het (onder dwang) toedienen van psychofarmaca of sederende medicatie en het onder dwang toedienen van voedsel of vocht worden geregeld toegepast. Het enige verschil tussen Bopz- en niet-Bopz-bewoners op dit punt is dat fixatie veel minder vaak als uitvloeisel van het zorgplan of als dwangbehandeling wordt toegepast bij vrijwillig opgenomen bewoners. In noodsituaties wordt echter ook bij deze groep bewoners frequent gefixeerd.

Uit interviews komt naar voren dat instellingen hun best doen middelen of maatregelen uitsluitend toe te passen als dit naar hun idee strikt noodzakelijk is. Meestal worden ze toegepast ter bescherming van de bewoner of als de bewoner agressief is. In een aantal gevallen liggen echter ook organisatorische motieven, zoals personeelstekort, ten grondslag aan de toepassing.

Bij de toepassing van middelen of maatregelen in noodsituaties wordt zo spoedig mogelijk toestemming van de vertegenwoordiger gezocht. Ook als middelen of maatregelen vervolgens in het zorgplan worden opgenomen, vraagt men hiervoor toestemming aan de vertegenwoordiger. Van dwangbehandeling is eerst sprake indien hetzij de bewoner, hetzij de vertegenwoordiger zich verzet tegen uitvoering van (delen van) het zorgplan. Met wensen van de bewoner houdt men in zoverre rekening dat als de bewoner tekenen van ongenoegen vertoont tegen een genomen middel of maatregel, gezocht wordt naar een minder ingrijpende oplossing. Als het gaat om de vraag of er sprake is van dwangbehandeling en er dus gemeld moet worden aan de Inspectie, dan blijkt het verzet van de bewoner in die beslissing vrijwel geen rol te spelen. Over wat verzet inhoudt bestaat nog geen consensus, zo blijkt uit het onderzoek en met name uit de invitationale conference. Wel is een meerderheid het erover eens dat niet iedere uiting van verzet als verzet in de zin van art. 38 Bopz beschouwd moet worden. Sinds de eerste evaluatie van de Wet Bopz zijn er zijn nauwelijks initiatieven ontplooid¹⁶ om, zoals destijds werd aanbevolen, aan

¹⁶ Uitzondering hierop vormt de gedragscode 'verzet bij wilsonbekwame psychogeriatricische patiënten' in het kader van de Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek met Mensen. (Boersma, Hertogh, en Olde Rikkert 1999)

het begrip verzet in deze context nader gestalte te geven.

Bij de beantwoording van de vraag of er sprake is van dwangbehandeling wordt feitelijk vrijwel alleen naar het verzet van de vertegenwoordigers gekeken. In de praktijk blijken vertegenwoordigers het hoogst zelden oneens te zijn met de instelling; enerzijds omdat zij vaak nog meer dan de instelling willen dat hun familielid beschermd wordt, anderzijds omdat ze wel eens onder druk worden gezet om tot overeenstemming te komen. Ook een mindere betrokkenheid van vertegenwoordigers kan ertoe leiden dat men geneigd is snel akkoord te gaan met voorstellen op dit punt van de instelling.

De hierboven beschreven toestemmingspraktijk heeft tot gevolg dat toepassing van de meeste middelen of maatregelen niet behoeft te worden gemeld aan de Inspectie. Dat betekent dat deze niet meer blootstaat aan extern toezicht. In de meeste gevallen is dit formeel in overeenstemming met de wettelijke voorschriften, maar staat het wel in schril contrast met de bedoeling van de wet die extra bescherming beoogt te geven op momenten dat inbreuk wordt gemaakt op vrijheden van de patiënt. Een groot verschil met de psychiatrie is dat middelen of maatregelen in de psychogeriatric niet incidenteel, maar voortdurend worden toegepast en dat bewoners veelal zelf niet in staat zijn om aan te geven of de toegepaste middelen of maatregelen als onwenselijk of zelfs als dwang moeten worden bestempeld. Daardoor blijft de beoogde rechtsbescherming achterwege.

Aanbevelingen:

6. *Instellingen dienen zich ervan bewust te zijn dat toepassing van middelen of maatregelen diep ingrijpt op het zelfbeschikkingsrecht van bewoners. Daarom moet toepassing ervan zoveel mogelijk worden voorkomen. Dit geldt met name voor toepassingen om organisatorische redenen. Instellingen kunnen meer doen om bekendheid te geven aan problemen op dit punt. De overheid dient eveneens aandacht te hebben voor dit probleem.*
7. *Het begrip 'verzet' wacht na de vorige evaluatie nog steeds op een nadere operationalisering door het veld. Het wordt tijd dat met de operationalisering van dit begrip in deze context en het verder ontwikkelen van richtlijnen voor de interpretatie ervan in individuele gevallen vaart wordt gemaakt. Ook hier dient de overheid het voortouw te nemen.*
8. *Vertegenwoordigers dienen zich bewuster te worden van hun taak als belangenbehartiger van de bewoner, vooral bij toepassing van middelen of maatregelen. Een goede voorlichting is belangrijk. Hier ligt een taak voor de overheid, brancheorganisaties en instellingen.*

6.2.5 Registratie en melding

Registratie van toepassingen van middelen of maatregelen is noodzakelijk om transparantie te bewerkstelligen. Inzicht in frequentie en redenen van toepassing geeft een instelling enerzijds mogelijkheden om de rechten van bewoners te beschermen en anderzijds mogelijkheden om het beleid aan te passen, bijvoorbeeld als op twee qua bewonerspopulatie gelijkwaardige afdelingen de ene afdeling significant meer middelen of maatregelen toepast, dan de andere. Met name een centrale registratie is daarbij een goed instrument.

Met middelen of maatregelen wordt in dit verband bedoeld, middelen of maatregelen die in het zorgplan zijn opgenomen, als dwangbehandeling en in noodsituaties. In de praktijk blijkt dat indien middelen of maatregelen worden toegepast, deze volgens de meeste instellingen ook worden geregistreerd. Uit de dossierstudies komt naar voren dat die registratie dikwijls niet overzichtelijk gebeurt. Nog maar weinig instellingen houden de toepassing van middelen of maatregelen centraal bij. Dit heeft tot gevolg dat met de gegevens weinig wordt gedaan. Instellingen hebben veelal geen overzicht van het totaal aantal middelen of maatregelen en

kunnen dus niet hun beleid hierop aanpassen.

De Wet Bopz verplicht instellingen om toepassing van dwangbehandeling (artikel 38 lid 4 Bopz) en middelen of maatregelen in noodsituaties (artikel 39 lid 3 Bopz) te melden. Melding van middelen of maatregelen die in het zorgplan worden opgenomen is op grond van de wet niet noodzakelijk. Het blijkt dat middelen of maatregelen die voortvloeien uit het zorgplan, ongeacht de vraag of daarbij volgens de instelling sprake is van dwang, vele malen meer voorkomen, als wordt gemeld aan de Inspectie.

Daarnaast is onderzocht in hoeverre er wordt gemeld bij de meest voorkomende toepassing die op grond van de wet gemeld dient te worden, te weten toepassing van middelen of maatregelen in noodsituaties. Uit het onderzoek blijkt dat slechts een zeer gering percentage van het aantal toepassingen bij de Inspectie wordt gemeld. Verder geven instellingen geregeld aan ook toepassing van middelen of maatregelen in noodsituaties op vrijwillig opgenomen bewoners te melden aan de Inspectie, maar deze registreert deze gegevens niet.

Uit bovenstaande blijkt dat slechts een fractie van het aantal toepassingen van middelen of maatregelen bij de Inspectie terecht komt. Voor een belangrijk deel ligt de verklaring hiervan in het feit dat voor toepassing van middelen of maatregelen steeds toestemming wordt gevraagd aan vertegenwoordigers. Van een vrije keuze van de bewoner zelf is niet of nauwelijks sprake, terwijl zijn vrijheid wel in sterke mate wordt beperkt. Doordat slechts een beperkt deel aan de Inspectie gemeld wordt, ontbreekt toezicht in belangrijke mate.

Uit het onderzoek komt verder naar voren dat niet duidelijk is op welke wijze toepassingen van middelen of maatregelen geregistreerd dienen te worden. Daarbij moet worden opgemerkt dat toepassingen in de psychogeriatricie doorgaans een structureel karakter hebben. Als bijvoorbeeld één toepassing van fixatie wordt gemeld, kan dit betekenen dat iemand 365 dagen wordt gefixeerd. Ook kunnen verschillende toepassingen schuilgaan achter één melding. Weliswaar geeft de regeling inrichting register middelen en maatregelen Wet Bopz aanwijzingen (zie artikel 57 Wet Bopz), maar deze regeling is in de eerste plaats teveel gericht op het tijdelijk karakter van een maatregel en in de tweede plaats maakt deze evenmin inzichtelijk hoe middelen of maatregelen moeten worden geteld. In de derde plaats richt het in deze bepaling bedoelde register zich uitsluitend op middelen of maatregelen die in een noodsituatie worden toegepast, waardoor geen inzicht ontstaat in het totaal aantal toepassingen.

Aanbevelingen:

- 9. Om inzichtelijk te maken in welke mate een instelling middelen of maatregelen toepast is een goede registratie noodzakelijk, zowel in een overzichtelijke plek in het zorgplan, als in een centrale interne registratie, zodat ook het beleid hierop kan worden afgestemd. Een goede en eenduidige registratie is dermate essentieel om transparantie te bewerkstelligen dat het aanbeveling verdient dat de overheid hier aangepaste richtlijnen ten behoeve van de psychogeriatricie voor ontwikkelt. Daarnaast moeten instellingen worden ondersteund bij het ontwikkelen van een systeem van registreren dat hen administratief zo min mogelijk belast.*
- 10. De in artikel 57 Bopz bedoelde interne registratie voor middelen of maatregelen dient niet uitsluitend toepassingen in noodsituaties te bevatten, maar iedere vorm van toepassing van vrijheidsbeperking als bedoeld in het besluit middelen en maatregelen. Daartoe dient deze bepaling te worden aangepast.*
- 11. Dwangbehandeling en toepassing van middelen of maatregelen in noodsituaties dienen aan de Inspectie te worden gemeld. Daarnaast verdient het aanbeveling dat instellingen aan de Inspectie periodiek een overzicht geven van het totaal aantal toegepaste vrijheidsbeperkingen.*

6.2.6 Huisregels en beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid

De meeste instellingen hebben huisregels opgesteld. Een kwart van de instellingen die huisre-

gels heeft opgesteld, heeft de huisregels niet op schrift staan.

In enkele gevallen regelen de huisregels ook zaken die volgens artikel 40 Bopz alleen mogen gelden voor bewoners die door middel van een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling zijn opgenomen, te weten het controleren van post en opleggen van beperkingen in het ontvangen van bezoek en op vrij telefoonverkeer. Aangezien in de praktijk nauwelijks wordt gekeken naar de juridische status van de bewoner doet het voorkomen van deze huisregels vermoeden, dat ze in strijd met de wet worden toegepast.

De Wet Bopz geeft op dit punt in de praktijk dus aanleiding tot verwarring. Huisregels gelden voor alle bewoners. Daarenboven gelden de beperkingen van artikel 40 volledig voor de bewoners die krachtens rechterlijke machtiging of inbewaringstelling zijn opgenomen, maar slechts gedeeltelijk voor de bewoners die via artikel 60 Bopz zijn opgenomen.

Aanbevelingen:

12. *Voor duidelijkheid naar bewoners en vertegenwoordigers dienen instellingen huisregels op schrift te stellen.*
13. *De artikelen 40 en 61 Bopz die in de huidige redactie aanleiding geven tot verwarring, dienen te worden vereenvoudigd.*

6.2.7 Samenloop met WGBO

Hiervoor werd reeds aangegeven dat in de psychogeriatricie de verplichtingen die voortvloeien uit de WGBO en de Wet Bopz enigszins door elkaar heenlopen. In het zorgplan is niet op te maken wat uit de ene wet en wat uit de andere voortkomt. Beide wetten kunnen met name overlap vertonen bij toepassing van dwang. In de WGBO is dwang toegestaan als een wilsonbekwame patiënt zich verzet tegen een voorgenomen behandeling, waarvoor een vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven. Dwang is eveneens toegestaan als het een ingrijpende verrichting of behandeling betreft, al geldt dan als extra voorwaarde dat behandeling noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de betrokkene te voorkomen (artikel 7:465 BW). Een groot verschil met dwang op basis van de Wet Bopz is dat dwang ex artikel 7:465 BW niet gemeld hoeft te worden aan de Inspectie. In de psychogeriatricie is de bepaling uit de WGBO in ieder geval van toepassing als het gaat om dwangtoepassingen bij vrijwillig opgenomen bewoners. Daarnaast geldt de bepaling als het gaat om dwangtoepassingen bij geneeskundige handelingen. In de praktijk blijkt het probleem vooral te spelen, als een middel of maatregel volgens de zorgverlener om geneeskundige redenen wordt voorgeschreven, maar het effect is dat de vrijheid van een bewoner wordt ingeperkt. Verschillende respondenten noemden in dit verband het voorbeeld van een bewoner die een tafelblad voor zijn rolstoel krijgt om zijn houding te verbeteren. De inbreuk die in dit verband op het zelfbeschikkingsrecht van bewoners wordt gemaakt is bij 'WGBO'-situaties en 'Wet Bopz'-situaties even groot. Dit gegeven en het feit dat het onderscheid tussen beide situaties in veel gevallen moeilijk te bepalen is, roepen de vraag op of het niet mogelijk is om in beide situaties bewoners dezelfde bescherming te bieden en daarom geen onderscheid te maken in rechtsgevolg. Daarmee wordt bovendien het probleem van het kwalificeren van dwang in termen van Wet Bopz of WGBO ondervangen. Een mogelijke oplossing is het registreren en melden ook in WGBO-situaties voor te schrijven.

Aanbeveling:

14. *Instellingen dienen verplicht te worden om alle handelingen waarbij enige vorm van vrijheidsbeperking voorkomt, als bedoeld in het besluit middelen en maatregelen, ongeacht de juridische status van de bewoner, te registreren en zodra er sprake is van dwang deze te melden aan de Inspectie, zodat meer transparantie en derhalve bescherming ontstaat.*

6.2.8 Geschiktheid Wet Bopz

In de praktijk blijken velen in de psychogeriatric problemen te hebben met het werken met de Wet Bopz. Het meeste problemen hebben zorgverleners met de interpretatie van het begrip 'verzet', het begrip 'ernstig gevaar' en het begrip 'volstrekt noodzakelijk'. Andere tekortkomingen van de wet vindt men dat de wet ontworpen is voor de psychiatrie en onvoldoende aansluit op de psychogeriatric. Dat uit zich onder meer in het hiervoor beschreven gegeven dat psychische en somatische problematiek door elkaar heenlopen. Daarnaast is de wet bedoeld voor tijdelijke toepassingen van middelen of maatregelen, terwijl de toepassing van middelen of maatregelen in de psychogeriatric, vanwege de aandoening van de bewoners, doorgaans een structureel karakter heeft.

Op de geuite kritiek zijn drie reacties denkbaar:

1. De wet Bopz blijft ongewijzigd. De invulling door de praktijk dient te worden verbeterd;
2. De wet sluit onvoldoende aan bij de praktijk in de psychogeriatric en moet daarom op een aantal punten worden aangepast.
3. Het door de Wet Bopz geschapen kader past in het geheel niet bij de psychogeriatric. Om een beter aansluitend kader te maken, kan beter een geheel nieuwe wet worden ontworpen.

Deze drie scenario's zijn op de op 14 september 2001 gehouden invitational conference voorgelegd aan de genodigden. Hieruit komt naar voren dat het eerste scenario afvalt. In de slotparagraaf van dit hoofdstuk wordt hier verder op ingegaan.

6.2.9 Toepassing Wet Bopz in verzorgingshuizen

Sinds december 1999 kunnen ook verzorgingshuizen een Bopz-aanmerking aanvragen. Ten tijde van de uitvoering van het onderzoek hadden 25 verzorgingshuizen hiervan gebruik gemaakt. Aangezien Nederland bijna 1500 verzorgingshuizen telt, is dit een opmerkelijk laag aantal. Uit onderzoek dat momenteel door het iBMG in samenwerking met Arcares wordt verricht, blijkt dat ondanks het feit dat 96% van de verzorgingshuizen psychogeriatric bewoners herbergt en daar ook frequent middelen of maatregelen op toepast, en dat minder dan de helft voornemens is om een Bopz-aanmerking aan te vragen. Het lijkt erop dat de Wet Bopz te zeer ingrijpt in de dagelijks zorg die verzorgingshuizen voorstaan, zodat zorgverleners in deze sector van het werken onder deze wet te weinig heil verwachten, hoezeer de doelstellingen ook worden onderschreven. Het meeste moeite hebben zorgverleners met het feit dat psychogeriatric bewoners op één afdeling moeten worden geplaatst.

De verzorgingshuizen die meewerkten aan deze Bopz-evaluatie, zijn nog volop bezig met implementeren. Voor zover er ervaringen zijn, lijken die niet sterk met die van de verpleeghuizen te verschillen.

Aanbeveling:

15. *Aanbevolen wordt dat de overheid studeert op mogelijkheden om de bereidwilligheid van verzorgingshuizen te vergroten om onder de Wet Bopz te vallen. Als dit niet gebeurt blijven grote groepen psychogeriatric patiënten van rechtsbescherming verstoken.*

6.3 Verstandelijk gehandicaptenzorg

In deze paragraaf worden de conclusies en aanbevelingen gepresenteerd voor de sector verstandelijk gehandicaptenzorg. Naar aanleiding van de eerste evaluatie Wet Bopz was één van de uitkomsten dat de interne rechtspositie van bewoners in instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg daadwerkelijk verbeterd is. Op grond van de tweede evaluatie van de Wet Bopz kan geconcludeerd worden dat hulpverleners in deze sector de uitgangspunten van de wet onderschrijven. Mede door de Wet Bopz zijn in de zorg aan verstandelijk gehandicapten

een aantal verbeteringen gerealiseerd. Vrijwel elke bewoner heeft nu een zorgplan, de rol van de bewoner en de vertegenwoordiger is toegenomen en hulpverleners realiseren zich steeds meer dat toepassingen van vrijheidsbeperkingen verantwoord moeten worden. In dit slothoofdstuk willen onderzoekers echter ook duidelijk maken dat de doelstelling van de Wet Bopz - verbetering van de interne rechtspositie van bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg – nog niet afdoende wordt gerealiseerd. De Wet Bopz heeft in de huidige vorm onvoldoende grip op alle vrijheidsbeperkingen die in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg plaatsvinden.

6.3.1 Bopz-status

Bopz-bewoners worden opgenomen via een Bopz-indicatie, een RM of een IBS. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat van de responderende instellingen maar liefst 69,8% van de bewoners vrijwillig is opgenomen. Dit betekent dat de Wet Bopz eigenlijk maar op 30% van alle bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg van toepassing is. Daarnaast laat het onderzoek zien dat circa 35% van de responderende instellingen, die in het bezit zijn van een Bopz-aanmerking, geen Bopz-bewoners heeft. Een groot deel van deze bewoners komt in aanmerking voor een Bopz-indicatie. Op grond van deze resultaten rijst de vraag wat de meerwaarde is van een Bopz-status, en dan met name van een Bopz-indicatie, aangezien dwangbehandeling en middelen of maatregelen ook bij vrijwillig opgenomen bewoners worden toegepast. De werkvloer maakt nauwelijks een onderscheid tussen een vrijwillig en een onvrijwillig opgenomen bewoner.

Aanbeveling:

- 16 Een Bopz-indicatie kan een meerwaarde hebben als medewerkers beter voorgelicht zijn over het verschil tussen een Bopz-bewoner en een niet-Bopz-bewoner en de consequenties die dit heeft voor de uitvoering van de Wet Bopz. Hier ligt een taak voor de overheid en instellingen.*

6.3.2 Wils(on)bekwaamheid en vertegenwoordiging

In instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg bestaat over het algemeen een beleid dat elke bewoner een vertegenwoordiger heeft. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen een Bopz-bewoner en een niet-Bopz-bewoner. Op grond van de uitkomsten bestaat het vermoeden dat nog te weinig overleg wordt gepleegd met de bewoner. In de praktijk wordt veelal uitgegaan van de regel 'wilsonbekwaam, tenzij'. Dit beeld wordt versterkt doordat nog geen eenduidige criteria ontwikkeld zijn om vast te stellen of iemand wils(on)bekwaam is. Wel menen hulpverleners dat regelmatig moet worden nagegaan of een bewoner wils(on)bekwaam is.

Aanbeveling:

- 17 Bij elk belangrijk besluit dient een oordeel gegeven te worden over de wils(on)bekwaamheid van de bewoner*

6.3.3 Inhoud en totstandkoming zorgplan

Uit de resultaten komt naar voren dat elke bewoner een zorgplan krijgt. Onafhankelijk van het gegeven of een bewoner wilsbekwaam dan wel wilsonbekwaam is, wordt in de meeste gevallen aan de vertegenwoordiger toestemming gevraagd voor het zorgplan. Er zijn echter ook initiatieven gaande om de bewoner meer te betrekken bij het zorgplan, ook als hij wilsonbekwaam wordt geacht.

Binnen de sector verstandelijk gehandicaptenzorg wordt niet met een standaard zorgplan gewerkt. Het onderdeel van het zorgplan dat betrekking heeft op de Wet Bopz wordt per instelling en soms ook binnen de instelling verschillend ingevuld. Op grond van het dossieronderzoek, dat in het kader van dit onderzoek is uitgevoerd, wordt duidelijk dat middelen of

maatregelen soms uitvoerig en in andere gevallen heel beknopt worden genoteerd. In recente zorgplannen zitten overigens nog regelmatig passages of afspraken die al lang niet meer van toepassing zijn op de huidige situatie.

Aanbevelingen:

- 18 *In het zorgplan moet gemotiveerd worden waarom geen overleg met de bewoner kan plaatsvinden;*
- 19 *In het zorgplan dient gemotiveerd te worden waarom bepaalde middelen of maatregelen en/of beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid worden toegepast;*

6.3.4 Uitvoering zorgplan, dwangbehandeling en middelen of maatregelen

In de dagelijkse zorgverlening komt dwangbehandeling - geen overeenstemming over het zorgplan of verzet tegen de uitvoering van een gedeelte van het zorgplan – nauwelijks voor. Vertegenwoordigers worden in een aantal gevallen min of meer gedwongen om akkoord te gaan met het zorgplan. Dwangbehandeling in de zin van een bewoner die zich verzet tegen de uitvoering van het zorgplan heeft in de verstandelijk gehandicaptenzorg weinig bekendheid. Dit hangt voor een deel samen met de interpretatie van verzet. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat hulpverleners nog altijd worstelen met dit begrip.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de middelen of maatregelen fixatie en afzonderen het vaakst voorkomen, ook bij niet-Bopz-bewoners. Middelen of maatregelen worden in de zorg aan verstandelijk gehandicapten toegepast als middelen of maatregelen akkoord, bij dwangbehandeling of in het kader van een noodsituatie. De eerste variant komt in de verstandelijk gehandicaptenzorg het meeste voor, waarbij bewoner en/of vertegenwoordiger bij het opstellen van het zorgplan instemmen met de toepassing van middelen of maatregelen. De vraag is echter of in dit geval nog gesproken moet worden van middelen of maatregelen. Het gebruik van middelen of maatregelen is in beginsel gereserveerd voor situaties als bedoeld in artikel 39 Bopz. In het zorgplan mogen in principe alleen middelen of maatregelen worden opgenomen die een therapeutisch effect hebben. In de Wet Bopz staat echter nergens omschreven welke handelingen niet in het zorgplan opgenomen mogen worden. In artikel 38 lid 3 wordt wel op de mogelijkheid gewezen dat bij algemene maatregel van bestuur bepaalde behandelingsmiddelen of maatregelen worden uitgesloten. Tot nu toe is daar geen gebruik van gemaakt waardoor bijna alles in het zorgplan kan worden opgenomen. Hierdoor kan het voorkomen dat een bewoner voor een langere periode gesepareerd wordt. Het is de vraag of dan nog van een therapeutisch effect gesproken kan worden. Om echter verwarring te voorkomen moet de sector verstandelijk gehandicaptenzorg af van het begrip middelen of maatregelen 'akkoord'. Een middel of maatregel kan alleen in het kader van artikel 39 plaatsvinden. Zodra een middel of maatregel in het zorgplan genoteerd staat is niet meer sprake van een middel of maatregel.

Over het toepassen van middelen of maatregelen in het kader van het zorgplan moet niet te licht gedacht worden. In veel gevallen stemt de vertegenwoordiger uiteindelijk in met de toepassing van deze middelen en maatregelen. Uit het onderzoek komt naar voren dat een bewoner snel wilsonbekwaam wordt beschouwd en dat problemen bestaan ten aanzien van de interpretatie van verzet van een bewoner. Bovendien vindt de toepassing van middelen of maatregelen akkoord buiten het toezicht van de Inspectie plaats, aangezien de toepassing niet hoeft te worden gemeld. Daarnaast komt het voor dat middelen of maatregelen akkoord soms jarenlang in het zorgplan blijven staan, ook als het betreffende middel of maatregel al lang niet meer nodig is.

Naast de middelen of maatregelen als bedoeld in artikel 39 van de Wet Bopz, is het veld van de

verstandelijk gehandicaptenzorg ook bekend met pedagogische maatregelen. Het onderscheid tussen wettelijke middelen of maatregelen en pedagogische maatregelen vraagt om verheldering. Daar waar echter een pedagogische maatregel het karakter heeft van een middel of maatregel, zoals een kamer-arrest in een afgesloten kamer, geldt de normering van de Wet Bopz.

Instellingen erkennen dat het aantal toepassingen van middelen of maatregelen omlaag kan.

Aanbevelingen:

- 20 Het begrip verzet dient door het veld nader ingevuld en geoperationaliseerd te worden;*
- 21 De term middelen of maatregelen akkoord moet worden geschrapd. Deze middelen en maatregelen dienen echter wel intern geregistreerd te worden;*
- 22 Het begrip pedagogische maatregel moet door middel van een studie verduidelijkt worden;*
- 23 In instellingen moet meer de nadruk komen te liggen op het zoeken naar alternatieven voor middelen of maatregelen; in het zorgplan moet gemotiveerd worden wat de reden is van de toepassing van een middel of maatregel en welke alternatieven er mogelijk zijn of reeds toegepast zijn.*

6.3.5 Registratie en melding

Om de transparantie binnen instellingen verder te vergroten is het aan te bevelen dat instellingen zorgvuldiger gaan registreren zodat het beleid van een instelling daarop kan worden aangepast. Een intern registratiesysteem kan gebruikt worden als intern kwaliteitsinstrument. Tot nu toe beschikken nog weinig instellingen over een intern centraal registratiesysteem. Weliswaar geeft de regeling inrichting register middelen en maatregelen Wet Bopz aanwijzingen (zie artikel 57 Wet Bopz), maar deze regeling is in de eerste plaats teveel gericht op het tijdelijk karakter van een maatregel en in de tweede plaats maakt deze evenmin inzichtelijk hoe middelen of maatregelen moeten worden geteld. Bovendien geldt de regeling alleen voor noodsituaties.

Instellingen hanteren eigen criteria voor het melden van middelen of maatregelen. Van alle dwangmiddelen of maatregelen wordt slechts een klein percentage gemeld. Binnen de zorg aan verstandelijk gehandicapten is meer transparantie nodig zodat instellingen hun beleid kunnen aanpassen teneinde de toepassingen van middelen of maatregelen terug te dringen.

Aanbevelingen:

- 24 Er moet meer transparantie komen binnen de sector verstandelijk gehandicaptenzorg als het gaat om de toepassing van middelen of maatregelen; ook middelen of maatregelen in het kader van het zorgplan, pedagogische middelen of maatregelen en middelen of maatregelen bij vrijwillig opgenomen bewoners moeten worden geregistreerd.*
- 25 De in artikel 57 Bopz bedoelde interne registratie voor middelen of maatregelen dient niet uitsluitend toepassingen in noodsituaties te bevatten, maar iedere vorm van toepassing. Daartoe dient deze bepaling te worden aangepast. Instellingen dienen alle middelen of maatregelen en overige beperkingen intern te registreren met behulp van een intern centraal registratiesysteem.*

6.3.6 Huisregels en beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid

Een groot deel van de instellingen geeft aan dat zij over huisregels beschikt en dat de huisregels ook op schrift zijn vastgelegd. De inhoud van de regels is niet altijd bekend op de verschillende groepen in de instellingen. Meestal gaat de inhoud van huisregels niet verder dan een aantal omgangsvormen.

Naast huisregels hebben Bopz-bewoners en veelal niet-Bopz-bewoners ook te maken met beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid en andere beperkingen, die niet allemaal te plaatsen zijn onder de reikwijdte van artikel 40 lid 3 Bopz.

Aanbevelingen:

- 26 *De inhoud van huisregels dient beperkt te blijven tot algemene regels die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken. Deze regels dienen te gelden voor alle bewoners van een instelling voor verstandelijk gehandicapten.*
- 27 *Uitzonderingen en aanvullingen op de huisregels en andere beperkingen die samenhangen met de geestesstoornis van een individuele bewoner moeten genoteerd worden in het zorgplan en niet in de huisregels.*
- 28 *Artikel 40 lid 3 Bopz zou ook beperkingen moeten regelen die niet vallen onder de huidige formulering van beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid. Daarbij moet gedacht worden aan het verbod om te beschikken over voorwerpen of het verbod om contacten aan te gaan.*

6.3.7 Samenloop met WGBO

Instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg ondervinden dagelijks problemen als het gaat om de samenloop van de WGBO met de Wet Bopz. Veel casuïstiek is onder te brengen in een grijs gebied, waarbij het niet duidelijk is of nu sprake is van de WGBO of van de Wet Bopz.

Aanbeveling:

- 29 *Instellingen dienen verplicht te worden om alle handelingen waarbij enige vorm van beperking voorkomt, ongeacht de juridische status van de bewoner, te registreren en zodra er sprake is van dwang deze te melden aan de Inspectie, zodat meer transparantie ontstaat.*

6.3.8 Geschiktheid Wet Bopz

Drie scenario's

In dit onderzoek is ook gekeken of de Wet Bopz een geschikt kader vormt voor de sector verstandelijk gehandicaptenzorg. Op grond van het onderzoek zijn een drietal scenario's denkbaar:

1. De huidige Wet Bopz handhaven. Het gaat vooral om het nader invullen van een aantal begrippen zoals 'verzet' en 'gevaar';
2. De Wet Bopz aanpassen voor de sector verstandelijk gehandicaptenzorg. Een groot deel van de beperkingen die toegepast worden, ondervangt de Wet Bopz immers niet. In de verstandelijk gehandicaptenzorg moet daarbij niet alleen gedacht worden aan de pedagogische maatregelen maar ook aan diverse beperkingen en afspraken die niet direct onder beperkingen in het recht op de bewegingsvrijheid vallen;
3. De Wet Bopz moet plaatsmaken voor een nieuwe wet, waarbij de nadruk ligt op het behandelen en het verzorgen van de bewoners in plaats van opnemingsgebonden karakter van de wet komt te vervallen.

Een aantal aanbevelingen in dit hoofdstuk komt overeen met de aanbevelingen die reeds eerder geformuleerd zijn naar aanleiding van de uitkomsten van de eerste evaluatie van de Wet Bopz. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de Wet Bopz nog steeds niet goed functioneert binnen deze sector. In 1996 is min of meer aansluiting gezocht bij scenario 1: de huidige Wet Bopz handhaven.

Wat de geschiktheid van de Wet Bopz betreft, blijkt uit dit onderzoek een voorkeur te bestaan

voor scenario 2 of 3. Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat de uitgangspunten algemeen als juist worden ervaren, tegelijk levert het onderzoek de volgende substantiële punten van kritiek op:

1. De huidige Bopz-indicatie heeft geen meerwaarde:
op de werkvloer wordt geen onderscheid gemaakt tussen Bopz-bewoners en niet-Bopz-bewoners, maar liefst 70% van alle bewoners in Bopz-instellingen verblijft vrijwillig in de instelling en bij vrijwillig opgenomen bewoners worden ook middelen of maatregelen toegepast.
2. De terminologie van de Wet Bopz past niet bij deze sector:
het gaat om termen als behandelplan, wegnemen van de stoornis, geneesheer-directeur, gevaar, verzet.
3. De Wet Bopz regelt een groot deel van de beperkingen die bewoners ondervinden niet: het betreft pedagogische maatregelen, diverse beperkingen en afspraken die niet onder beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid vallen. Veel middelen of maatregelen vallen buiten het toezicht van de Inspectie zoals middelen of maatregelen akkoord en toepassing van middelen of maatregelen bij vrijwillig opgenomen bewoners.
4. De Wet Bopz heeft een instellingsgebonden karakter:
het instellingsgebonden karakter van de wet sluit niet aan bij de huidige ontwikkelingen die gaande zijn in de sector verstandelijk gehandicaptenzorg zoals deinstitutionalisering.

Op grond van deze kanttekeningen valt scenario 1 af. De doelstelling van de Wet Bopz, het waarborgen van de interne rechtspositie van bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg, wordt niet gerealiseerd als op dezelfde, vertrouwde voet wordt doorgegaan. Er dient plaats gemaakt te worden voor een wet die beter aansluit bij deze sector en bovendien niet meer instellingsgebonden is. Daarbij dient vastgehouden te worden aan de uitgangspunten van de Wet Bopz. Hulpverleners onderschrijven immers de gedachtegang van bewust en verantwoord toepassen van vrijheidsbeperkingen.

Aanbevelingen:

- 30 *De Wet Bopz dient op een aantal punten gewijzigd te worden, zodat de wet beter toepasbaar is in de sector verstandelijk gehandicaptenzorg.*
- 31 *Er dient een werkgroep opgericht te worden die zich gaat bezighouden met het ontwerpen van een nieuwe 'Bopz' wet, waarbij de nadruk meer ligt op behandelen en verzorgen van verstandelijk gehandicapten. Aansluiting kan gezocht worden bij de nota van de Inspectie over 'criteria voor verantwoord handelen bij vrijheidsbeperkende interventies'. Deze nieuwe wet moet bovendien niet meer gebonden zijn aan instellingen en meer transparantie bewerkstelligen.*

6.4 Tot slot: aanbevelingen geaccentueerd

Uit het voorgaande komt naar voren dat het antwoord op de eerste onderzoeksvraag - in hoeverre zijn de bepalingen uit de Wet Bopz bekend en worden deze in de praktijk toegepast – luidt dat de bepalingen van de wet en de strekking ervan in de praktijk voldoende duidelijk zijn, maar toepassing ervan op dusdanige wijze plaatsvindt dat de beoogde rechtsbescherming voor psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte bewoners niet wordt bereikt. Dat de doelstelling niet wordt behaald ligt niet alleen aan de invulling door de praktijk, maar ook aan de wettelijke kaders die niet zijn geschreven met het oog op de psychogeriatricie en verstandelijk gehandicaptenzorg. De eerste verkeerde aanname zit in het zorgplan dat in tegenstelling tot het in artikel 38 Bopz, gezien de aandoening waar psychogeriatrische bewoners aan lijden, nooit een therapeutisch doel kán hebben: psychogeriatrische bewoners worden immers niet meer beter. Eenzelfde redenering gaat op voor verstandelijk gehandicapten, waarbij het kader van een 'psychische stoornis die zodanig moet worden verbeterd dat het gevaar dat heeft geleid tot opneming in het psychiatrisch ziekenhuis' al helemaal niet passend is. Formeel zouden middelen of maatregelen vanwege het ontbreken van een mogelijkheid tot verbetering van de 'stoornis', in beide sectoren niet in het zorgplan mogen worden opgenomen.

Toch is opneming van middelen of maatregelen in het zorgplan dikwijls zorginhoudelijk gezien noodzakelijk. In de psychogeriatricie is de reden dat toepassingen van middelen of maatregelen doorgaans een structureel karakter hebben. Ook in de verstandelijk gehandicaptenzorg is opneming in het zorgplan, hoewel hier van structurele toepassingen minder vaak sprake is, dikwijls noodzakelijk. In de praktijk gebeurt dit in beide sectoren dan ook veelvuldig en zelfs zodanig dat van transparantie geen sprake meer is. Dat laatste vloeit mede voort uit het feit dat het begrip 'verzet' in beide sectoren zeer moeilijk te operationaliseren blijkt.

Een tweede probleem bij de toepassing van middelen of maatregelen in beide sectoren doet zich voor bij de reden voor toepassing. In de psychogeriatricie is dikwijls onduidelijk of middelen of maatregelen om medische redenen of om 'Wet Bopz'-redenen worden toegepast. In de verstandelijk gehandicaptenzorg speelt daarnaast ook de vraag of middelen of maatregelen worden toegepast om pedagogische redenen. Interpretatie van redenen voor toepassing heeft gevolgen voor registratie en melding en dus voor de transparantie van de mate waarin bewoners beperkt worden in hun vrijheden.

Een fractie van het aantal toegepaste middelen of maatregelen wordt uiteindelijk in de vorm van dwangbehandeling of toepassing in een noodsituatie gemeld aan de Inspectie. Onduidelijk blijft daarmee hoeveel middelen of maatregelen daadwerkelijk worden toegepast. Door het ontbreken van een centrale registratie bij instellingen ontstaat dit inzicht evenmin op instellingsniveau, waardoor het beleid niet kan worden aangepast en verfijnd.

Bovenstaande geeft daarmee al enigszins aan dat de Wet Bopz geen geschikt kader vormt voor de psychogeriatricie en verstandelijk gehandicaptenzorg. Hoewel het veld de intentie heeft om terughoudend op te treden bij de toepassing van middelen of maatregelen, wordt rechtsbescherming pas bereikt door transparantie te betrachten bij toepassing van middelen of maatregelen die inbreuk maken op de vrijheid en zelfbeschikking van bewoners, alsmede door een duidelijk toezicht daarop. Zowel op het vlak van transparantie als van toezicht valt nog veel te verbeteren, waarbij het de vraag is of de Wet Bopz in de huidige vorm daaraan kan voldoen. Een tweede belangrijke kanttekening die bij de geschiktheid van de Wet Bopz moet worden geplaatst betreft de juridische status van de bewoners. Uitgangspunt is dat de Wet Bopz alleen kan worden toegepast op bewoners die door middel van een Bopz-indicatie, een rechterlijke machtiging of een inbewaringstelling zijn opgenomen. In de praktijk wordt in beide sectoren in het geheel geen onderscheid gemaakt tussen bewoners die wel en bewoners die geen Bopz-status hebben.

Reden voor het niet maken van onderscheid in de psychogeriatric is mogelijk dat de geestelijke toestand van bewoners, vanwege de aard van hun aandoening, zich in een neerwaartse spiraal bevindt. Weliswaar kan zich zo nu en dan een lichte opleving voordoen, maar uiteindelijk verslechtert de toestand van iedere psychogeriatric bewoner. Iemand kan daardoor door middel van een rechterlijke machtiging opgenomen worden, en na afloop daarvan geen verzet meer tegen de opname betonen, waarna hij vrijwillig opgenomen blijft. Bewoners kunnen met opnemings nog duidelijk instemmen, maar later dermate wilsonbekwaam zijn dat zij geen weet meer hebben van wat in hun zorgplan staat. Als in het zorgplan middelen of maatregelen zijn opgenomen, is van een duidelijk verzet in de zin van de Wet Bopz, of een vermogen tot een dergelijk verzet, bovendien zelden sprake. Daardoor is er voor zorgverleners ook geen prikkel aanwezig om alsnog een Bopz-indicatie aan te vragen. In dit licht heeft de Bopz-indicatie nauwelijks een toegevoegde waarde.

Ook in de verstandelijk gehandicaptenzorg past het onderscheid tussen bewoners met en bewoners zonder Bopz-status niet goed. Gezien het grote aantal bewoners dat vrijwillig in de instelling verblijft, lijkt het idee gerechtvaardigd dat bewoners wel in staat zijn om toestemming te geven voor verblijf in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg, maar wellicht niet altijd kunnen overzien of toepassing van middelen of maatregelen noodzakelijk is.

Dit alles heeft tot gevolg dat op vrijwillig opgenomen bewoners vrijwel in gelijke mate middelen of maatregelen worden toegepast als op bewoners met een Bopz-status, waardoor het juridisch relevante onderscheid in de praktijk niet bestaat. Gezien het bovenstaande is het dan ook zeer de vraag of het onderscheid dat de Wet Bopz maakt dan ook wel past bij verstandelijke gehandicapte en psychogeriatric bewoners.

Een derde kanttekening die bij de geschiktheid van de Wet Bopz moet worden geplaatst is het feit dat de behandeling, verpleging en verzorging van verstandelijk gehandicapte en psychogeriatric bewoners zich steeds meer verschuift naar buiten de muren van de instelling. Ook dan worden middelen of maatregelen toegepast. Vanwege de grote toename van psychogeriatric patiënten in verzorgingshuizen is de wet ook van toepassing verklaard op deze instellingen, maar de wet kan niet zozeer opgerekt worden dat zij ook extramuraal kan worden toegepast. Dat betekent dat de wet niet is toegerust op nieuwe ontwikkelingen in de zorg en ook om deze reden onvoldoende geschikt is voor de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg.

Ter oplossing van de hiervoor genoemde kanttekeningen bij de geschiktheid van de Wet Bopz kan gekozen worden voor drie scenario's. Allereerst kan men besluiten dat de geest van de wet voldoende is doorgedrongen tot de praktijk, dat het doel daarmee is bereikt, en dat de wet daarmee ongewijzigd kan blijven. Na de eerste evaluatie in 1996 is voor dit scenario gekozen. Dit onderzoek laat zien dat opnieuw hiervoor kiezen een onvoldoende oplossing is. Een tweede mogelijkheid is dat de Wet Bopz op de punten waar deze op grond van het hiervoor vermelde tekortschiet, wordt gewijzigd. Een derde mogelijkheid tenslotte is dat voor de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric zorg gekozen wordt voor een geheel nieuwe wet die beter aansluit bij de aard van de zorg in deze sectoren en het soort voorzieningen waarin die zorg aangeboden wordt. Mede in het licht van nieuwe ontwikkelingen in de zorg, die ertoe leidt dat steeds meer psychogeriatric patiënten en verstandelijk gehandicapten extramuraal zorg zullen krijgen, ligt het laatste scenario het meeste voor de hand. Aangezien de ontwikkeling van een nieuwe wet veel tijd in beslag zal nemen, is voor de kortere termijn aanpassing van de huidige wet wellicht een snellere oplossing. Desondanks is het raadzaam voor de langere termijn toe te werken naar een nieuwe wet die in plaats van opnemings meer de focus richt op behandeling, verpleging en verzorging.

Aanbevelingen

Dit alles leidt tot de volgende aanbevelingen:

- 1) Voor de lange termijn dient de overheid in samenwerking met het veld een studie te maken van een wet die beter aansluit op de zorgpraktijk in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. Waarborgen voor de interne rechtspositie en transparantie dienen daarbij uitgangspunt te zijn. Tevens dient de focus meer gericht te zijn op behandeling, verpleging en verzorging in plaats van op opnemingen. Bovendien moet een nieuwe wettelijke regeling geen instellingsgebonden karakter hebben.
- 2) Voor de kortere termijn verdient het aanbeveling om de Wet Bopz op enkele punten aan te passen, zodat de rechtspositie van psychogeriatric en verstandelijk gehandicapte bewoners beter beschermd wordt. Te verbeteren punten zijn:
 - De eigen inbreng van bewoners moet uitgangspunt blijven. Van geval tot geval moet daarom duidelijk zijn of een bewoner wilsbekwaam is ter zake beslissingen te nemen, met name als het gaat om vaststellen of aanpassen van het zorgplan en de toepassing van de in het besluit middelen en maatregelen omschreven middelen of maatregelen. Voor de vaststelling van wils(on)bekwaamheid dienen duidelijke richtlijnen voorhanden te zijn. De overheid moet het voortouw nemen bij de implementatie daarvan.
 - Het laten vervallen van het doel van verbetering van de toornis dat aan een behandel- of zorgplan ex artikel 38 Bopz ten grondslag dient te liggen, zodat het zorgplan –conform de praktijk – wordt aangewend om het bestaan van de bewoner te optimaliseren en beperkingen alleen toe te passen als dit strikt noodzakelijk is om gevaar te voorkomen.
 - De introductie van een registratieplicht van iedere vorm van toepassing van middelen of maatregelen die de vrijheid beperken, ongeacht de reden (medisch, pedagogisch of gevaar) die eraan ten grondslag ligt. Een dergelijke toepassing dient op inzichtelijke wijze te worden geregistreerd in het zorgplan, alsmede in een centrale registratie te worden opgenomen. De centrale registratie vormt voorts het uitgangspunt van verantwoording van de instelling naar de Inspectie, waarin uitleg wordt gegeven over het beleid inzake toepassing van middelen of maatregelen. Die verantwoording zou vorm kunnen krijgen in de vorm van een periodieke verantwoordingsplicht;
 - Een eenduidige wijze van registratie en melding die aansluit op de aard van de toepassingen die in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg plaatsvindt is noodzakelijk. Aanpassing van artikel 57 Bopz en daarop gebaseerde regelgeving is daarom wenselijk.
 - Het begrip ‘verzet’ moet zo mogelijk in de wet nader worden gedefinieerd, nu het veld er onvoldoende in slaagt om hier invulling aan te geven.
- 3) Instellingen moeten worden gestimuleerd om te blijven zoeken naar alternatieven voor toepassing van middelen of maatregelen. Dit zou kunnen worden bewerkstelligd door dit een vast onderwerp te maken van het kwaliteitsplan van instellingen, waarin wordt aangegeven welke problemen op dit vlak binnen de instelling spelen en wat de instelling hieraan doet.
- 4) Ter verbetering van de rechtspositie van de bewoner, dient de rol van de vertegenwoordiger te worden versterkt. Instellingen en brancheorganisaties kunnen meer aandacht besteden aan voorlichting aan en opleiding van vertegenwoordigers. De wetgever kan aan zorgverleners de plicht opleggen altijd met een vertegenwoordiger te overleggen. Dat brengt met zich

mee dat tevens een voorziening zal moeten worden getroffen voor de situatie dat een bewoner geen potentiële vertegenwoordiger in de eigen omgeving heeft.

- 5) Om verwarring te voorkomen welke aspecten nu onder de Wet Bopz en welke onder de WGBO vallen, verdient het aanbeveling om bij iedere vorm van beperking, dus ook voor gevallen die onder de WGBO vallen, voor eenzelfde transparantie te kiezen. Elke vorm van beperken zou moeten leiden tot registratie. Elke vorm van dwang zou moeten leiden tot melding aan de Inspectie.
- 6) Aanbevolen wordt dat het veld voor iedere bewoner die wilsonbekwaam is ten aanzien van beslissingen over toepassing van vrijheidsbeperkende middelen of maatregelen een Bopz-status aanvraagt, als een bewoner die niet al heeft. Brancheorganisaties en Inspectie zouden instellingen op dit punt meer kunnen voorlichten.
- 7) Om de kwaliteit van zorg op het terrein van toepassing van middelen of maatregelen te vergroten, verdient het aanbeveling dat de Inspectie meer werk maakt van terugkoppeling van gemelde gegevens naar instellingen. Daarbij is het raadzaam dat de Inspectie niet alleen iets doet met gegevens die gemeld worden over onvrijwillig opgenomen bewoners, maar ook met gegevens die gemeld worden over bewoners die formeel vrijwillig zijn opgenomen. Ter vergroting van transparantie is bovendien aanbevelenswaard dat de Inspectie registreert welke middelen of maatregelen worden toegepast en dat ook toepassingen op vrijwillig opgenomen bewoners geregistreerd worden. Het is echter de vraag of terugkoppeling op individueel niveau een taak van de Inspectie moet blijven, nu dit in de praktijk niet haalbaar lijkt.

Literatuur

2000. Richtlijnontwikkeling binnen het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- Biesart, M.C.I.H., en J.H. Hubben. 1997. Beoordeling van de wilsonbekwaamheid van mensen met een verstandelijke handicap, Reeks Gezondheidsrecht. Nijmegen.
- Biesart, M.C.I.H., en J.H. Hubben. 2000. Methodiek voor de vaststelling van wilsonbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke handicap. Nunspeet/Utrecht: Stichting Philadelphia Zorg en VGN.
- Boersma, F., C.M.P.M. Hertogh, en M.G.M. Olde Rikkert. 1999. Gedragscode verzet bij wilsonbekwame psychogeriatrische patiënten in het kader van de Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek met Mensen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 30:247-248.
- Dute, J.C.J., R.D. Friele, J.K.M. Gevers, J.H. Hubben, J. Legemaate, H.D.C. Roscam Abbing, B. Sluijters, G.A.M. Widdershoven, en F.C.B. van Wijmen. 2000. De evaluatie van de WGBO (red.) . Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.
- Dute, J.C.J. 1998. Consistentie van wetgeving in de gezondheidszorg: de balans. In *Consistentie van wetgeving in de gezondheidszorg*, J. C. J. Dute en F. C. B. van Wijmen, (red.). Antwerpen-Groningen: Intersentia Rechtswetenschappen.
- Friele, R.D., C. de Ruiter, F.C.B. van Wijmen, en J. Legemaate. 1999. Evaluatie van de wet klachtrecht cliënten zorgsector: samenvatting en conclusies. In *Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland.
- Gevers, J.K.M. 1997. Evaluatie van gezondheidswetgeving. Artikel 71 van de Wet Bopz uitgevoerd. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 52 (4):323-335.
- Gevers, J.K.M. 1998. Externe indicatiestelling: kanttekeningen bij het zorgindicatiebesluit. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 22 (6).
- GIGV 1990. Referentiekader .
- Handelingen Tweede Kamer. Vergaderjaar 1980-1981. 11 270. nr. 17. Voorstel Wet Bopz.
- Handelingen Tweede Kamer. Vergaderjaar 1997-1998. Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in zake het Kabinetstandpunt evaluatie Wet Bopz.
- Hendriks. 2000. Evaluatie van gezondheidswetgeving - enkele impressies. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 24 (2):87-100.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. 1996. *Zorg onder beperking*. Rijswijk.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. 1996. *De Wet Bopz in de verpleeghuiszorg*. Rijswijk.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. 1999. *Zorg onder beperking opnieuw bekeken*. Rijswijk.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. 2000. *Criteria voor verantwoord handelen bij vrijheidsbeperkende interventies*. Den Haag.
- Keurentjes, R.B.M. 1999. *De Wet Bopz. De betekenis voor de beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg*. Lelystad: Koninklijke Vermande BV.
- Legemaate, J. 1997. Evaluatie van wetgeving in de gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Sociaal Recht* 12 (9):251-255.
- Legemaate, J. 1999. De evaluatie van gezondheidswetgeving. *Medisch Contact* 54 (7): 233-234.
- Maassen, P.A.M., en F.A. Vught, van. 1984. De Delphi-methode: voorspeltechniek en beleidsontwikkelingsinstrument. *Beleidsanalyse* (3).

Ministerie van Justitie. 1994. Handreiking voor de beoordeling van wilsonbekwaamheid . Den Haag.

Nationaal Ziekenhuisinstituut. 1994. *Een kwestie van instelling. De Wet Bopz voor indicatie-commissies, gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut.

Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken. 1997. *Onderzoeksrapport vrijheidsbeperkende maatregelen*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.

NVVA. (Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen). 1997. Medische zorg met beleid: handreiking voor de besluitvorming over verpleeghuisgeneeskundig handelen bij dementerende patiënten. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen.

Teijssen, H.A.R.M.T., P.M. de Klaver, L.A.P. Arends, en J. Legemaate. 1996. *Wet Bopz Klachtregeling. De implementatie en de effecten van het klachtrecht uit de wet Bopz*. 11 delen. Deel. 9, *Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen*. Rijswijk: Ministerie van VWS.

Wesseling, M.F. 1996. *Interne rechtspositie verstandelijk gehandicapten*. Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. 11 delen. Deel. 7, *Evaluatie Wet Bopz*. Rijswijk: Ministerie VWS.

Wettum, G.C., van. 1996. *Interne rechtspositie psychogeriatricie*. 11 delen. Deel 8, *Evaluatie Wet Bopz*. Rijswijk: Ministerie VWS.

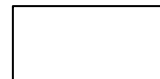
Widdershoven, T.P. 1997. Art. 38-40. Aantekeningen. In *Handboek Opneming en Verblijf*. Deventer: Gouda Quint .

Winter, H.B. 1997. Evaluatie van het gezondheidsrecht: de wet Bopz als casus. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 21 (7):382-393.

Lijst van afkortingen

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
BopzIS	Bopz Informatie Systeem.
BW	Burgerlijk Wetboek
GVT	Gezinsvervangend Tehuis
IBS	Inbewaringstelling
IBMG	Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
kBJ	Kwartaalblad Bopz-Jurisprudentie
M&M	Middelen of maatregelen
MDO	Multidisciplinair Overleg
NCvG	Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken
Nzi	Nationaal Ziekenhuisinstituut
PG	Psychogeriatric
RM	Rechterlijke Machtiging
Stb	Staatsblad
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WMO	Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen
ZV-er	Ziekenverzorgende

Bijlage 1



Voor bewoners psychogeriatric dient u tevens bewoners verstandelijk gehandicaptenzorg te lezen.

Evaluatieonderzoek wet Bopz

Interne rechtspositie bewoners psychogeriatric

Vragenlijst

Vrije Universiteit in samenwerking met Universiteit
Maastricht en Erasmus Universiteit Rotterdam
In opdracht van ZorgOnderzoek Nederland en het
Ministerie van VWS

Uitleg bij het invullen

- Kiest u steeds het antwoord dat het beste bij uw situatie past.
- Gaat u bij het beantwoorden van de vraag altijd uit van de situatie per 1 januari 2000.
- Bij enkele vragen zal u om aantallen bewoners e.d. gevraagd worden. Indien u de exacte cijfers niet weet, verzoeken wij u om een schatting te geven. Vermeld u in dat geval \pm (plusminus) voor het cijfer, zodat wij weten dat het dan een schatting betreft. Als om aantallen gevraagd wordt, en het gevraagde komt niet voor, vult u dan een 0 in. Als het gevraagde niet van toepassing is, vult u dan een liggend streepje (-) in.
- Soms zijn op een vraag meerdere antwoorden mogelijk. Als dit het geval is, wordt dit bij de vraag vermeld.
- Regelmatig treft u bij een vraag twee antwoordcategorieën aan, te weten voor Bopz-bewoners en voor niet-Bopz-bewoners. Vult u de vraag dan voor beide categorieën in.

Bopz- bewoners	Niet-Bopz-bewoners
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hieronder is een lijst met definities opgenomen. Deze kunt u bij het beantwoorden van de vragen erbij houden, zodat ze het beantwoorden kunnen vergemakkelijken. Scheurt u zonnig het voorblad van de lijst af, zodat u de definities bij de hand hebt.
- Mocht u voor het schrijven van een toelichting meer ruimte nodig hebben dan ervoor is gegeven, gebruikt u dan de achterkant van de vragenformulieren. Geef u dan echter wel duidelijk aan bij welke vraag uw toelichting hoort.
- U kunt ervan op aan dat wij de door u ingevulde gegevens vertrouwelijk en geanonimiseerd zullen behandelen.

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking

Definities

Bewoner: de bewoner van een als Bopz -instelling aangemerkt psychogeriatrisch verpleeghuis, psychogeriatrische afdeling van een gecombineerd verpleeghuis of een psychogeriatrische afdeling van een verzorgingshuis.

Bopz-bewoner: degene die op basis van de wet Bopz (te weten Bopz -indicatie, IBS of RM) is opgenomen in een als Bopz -instelling aangemerkt psychogeriatrisch verpleeghuis, psychogeriatrische afdeling van een gecombineerd verpleeghuis of een psychogeriatrische afdeling van een verzorgingshuis.

Niet-Bopz-bewoner: degene die niet op basis van de wet Bopz, maar anderszins (bijv. vrijwillig) is opgenomen in een Bopz -instelling.

Opname met een Bopz -indicatie: Hiermee wordt bedoeld een opname op grond van artikel 60 Bopz door een Bopz -indicatiecommissie, waarbij de opname in ieder geval heeft plaatsgevonden ná invoering van de wet Bopz. Is een bewoner voor deze datum opgenomen en daarna niet geherïndiceerd dan moet zijn juridische status als vrijwillig opgenomen worden beschouwd.

Opname met een rechterlijke machtiging (RM): een opname door middel van de in artikel 2 Bopz en verder beschreven procedure via de rechter en een eventuele verlenging van die opname door de rechter.

Opname met een inbewaringstelling (IBS): een opname door middel van de in artikel 21 Bopz en verder beschreven procedure via de burgemeester en een verlenging daarvan door de rechter.

Afzondering / separatie: iedere vorm van apart opsluiten (dus met de deur op slot) van de bewoner, bijvoorbeeld op de eigen kamer of in een daartoe apart ingerichte ruimte.

Fixatie: iedere vorm van het belemmeren van de bewegingsvrijheid van de bewoner, bijvoorbeeld het plaatsen van beddekken, het gebruik van Zweedse banden, tafelsteunen, of het iemand met een speciale stoel tegen een tafel aanzetten.

Protocol: procedures of afspraken die door de beroepsbeoefenaren worden gemaakt om de zorg zo goed mogelijk te laten verlopen. Het is een soort handleiding waarin zeer concreet is aangegeven wat in een bepaalde situatie precies moet gebeuren

Vertegenwoordiger: iemand die de belangen van de bewoner behartigt in aangelegenheden met betrekking tot de behandeling of verzorging.

Wilsonbekwaam: Iemand is in het algemeen wilsonbekwaam, wanneer hij door de ernst of de aard van de handicap of stoornis niet in staat is ter zake een redelijke belangenafweging te maken. In dit verband bedoelen we dat iemand door zijn handicap of stoornis niet in staat is akkoord te gaan met het zorgplan.

Zorgplan: een plan als bedoeld in artikel 38 Bopz dat bij de opname van de bewoner wordt opgesteld en dat afspraken bevat met betrekking tot de behandeling en/of verzorging van die bewoner.

Klachtenondersteuning: het hele voortraject (hieronder valt het o.a. het bespreken van de klacht met betrokkenen, informatie en oplossing, en klachtenbemiddeling) wanneer iemand een uiting van ongenoegen heeft gedaan over zijn of haar behandeling of bejegening alvorens het (eventueel) tot een officiële klacht bij de klachtencommissie komt.

Bopz-klacht: een klacht op grond van artikel 41. Klachtgronden zijn: een klacht tegen een wilsonbekwaamheidsbepaling, tegen dwangbehandeling, tegen een toepassing van een middel of maatregel, tegen een beperkende maatregel (controle poststukken, recht ontvangen bezoek, vrijheidsbeperkende maatregelen, etc), of tegen het niet uitvoeren van het overeengekomen behandelplan.

Bopz-klachtencommissie: een klachtencommissie die bevoegd is om Bopz-klachten te behandelen. Dit is een klachtencommissie die bestaat uit tenminste drie leden, en waarin in ieder geval een jurist en een psychiater, dan wel een verpleeghuisarts zitting hebben.

Bopz klachtwaardige situatie: Een situatie waarin een Bopz -klacht zou kunnen worden ingediend.

Algemeen

1) Vul hieronder de volgende gegevens in:

- a) Aantal bewoners Bopz-instelling*
- b) Aantal bewoners met een verklaring van een Bopz-indicatiecommissie?
- c) Aantal bewoners met een Rechterlijke Machtiging (RM)?
- d) Aantal bewoners met een Inbewaringstelling (IBS)?

Totstandkoming zorgplan

2) Is het uw beleid dat iedere bewoner een vertegenwoordiger* heeft?

- Ja, bij alle bewoners
- alleen bij Bopz-bewoners*
- alleen bij wilsonbekwame bewoners*
- anders nl.
- Nee, er is hiervoor geen speciaal beleid

3) Krijgen de bewoners na opname een zorgplan?:

	Altijd	Regelmatig	Af en toe	Bijna nooit	Nooit
Bopz-bewoners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niet-Bopz-bewoners*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Als u bij Bopz-bewoners 'nooit' heeft ingevuld, ga dan door met vraag 12 - 'noodsituaties')

4) Aan wie wordt bij het opstellen van het zorgplan toestemming gevraagd?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

Bopz-bewoner	Niet-Bopz-bewoner	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De bewoner
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De bewoner, mits wilsbekwaam*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De vertegenwoordiger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De vertegenwoordiger, indien bewoner wilsonbekwaam
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, nl.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.v.t.°

Uitvoering zorgplan*

5) In het zorgplan* van een bewoner worden in ieder geval de volgende items opgenomen:

(Meerdere antwoorden mogelijk)

Bopz-bewoner	Niet-Bopz-bewoner	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Of de bewoner wils(on)bekwaam* is bevonden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fixatie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afzondering* / Separatie*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het onder dwang toedienen van medicatie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het gecamoufleerd toedienen van medicatie (bijv. vermalen door het voedsel)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het onder dwang toedienen van voedsel en/of vocht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.v.t.

*Zie bijgevoegde definities

°Niet van toepassing

- 6) Welke van de in de vorige vraag (5) genoemde maatregelen werden in het kader van het zorgplan binnen de instelling in 2000 ook daadwerkelijk toegepast bij de bewoners? Gevraagd wordt zowel naar het totale aantal toepassingen, als naar het aantal bewoners bij wie een of meer toepassingen hebben plaatsgevonden.

Geef op de stippelijnen de aantallen weer.

	Totale aantal toepassingen bij Bopz-bewoners	Toegepast op hoeveel Bopz-bewoners	Totale aantal toepassingen bij niet-Bopz-bewoners	Toegepast op hoeveel niet-Bopz-bewoners
Fixatie
Afzondering / Separatie
Het onder dwang toedienen van medicatie
Het gecamoufleerd toedienen van medicatie
Onder dwang toedienen van voedsel en/of vocht
Anders, namelijk.....

- 7) Wat gebeurt er in de regel als geen overeenstemming kan worden bereikt met de bewoner en/of vertegenwoordiger over het zorgplan (**situatie A**)?

Bopz-bewoner	Niet-Bopz-bewoner	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het zorgplan wordt toch uitgevoerd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het zorgplan wordt alleen uitgevoerd, als er sprake is van ernstig gevaar.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Het zorgplan wordt niet uitgevoerd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.v.t.

- 8) Heeft de instelling een protocol* voor het geval er geen overeenstemming kan worden bereikt over het zorgplan?

- Ja, voor beide groepen bewoners
- Ja, maar alleen voor Bopz-bewoners
- Ja, maar alleen voor niet-Bopz-bewoners
- Ja, anders.....
- Nee
- N.v.t.

- 9) Wat gebeurt er bij de uitvoering van het zorgplan als een bewoner niet volgens de gemaakte afspraken behandeld of verzorgd wil worden (**situatie B**)?

Bopz-bewoner	Niet-Bopz-bewoner	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De behandeling/verzorging wordt toch uitgevoerd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De behandeling/verzorging wordt alleen uitgevoerd, als er sprake is van ernstig gevaar.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De behandeling/verzorging wordt niet uitgevoerd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.v.t.

- 10) Heeft de instelling een protocol voor de situatie dat een bewoner niet volgens de gemaakte afspraken behandeld of verzorgd wil worden?

* Zie bijgevoegde definities

- Ja, voor beide groepen bewoners
- Ja, maar alleen voor Bopz-bewoners
- Ja, maar alleen voor niet-Bopz-bewoners
- Ja, anders.....
- Nee
- N.v.t.

11) Als de hierboven beschreven situaties A en B zich voor doen, wordt dit dan door de instelling geregistreerd en gemeld aan de Inspectie?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

	Situatie A (zie vr. 7):		Situatie B (zie vr. 9):	
	Bopz-bewoner	Niet-Bopz-bewoner	Bopz-bewoner	Niet-Bopz-bewoner
In alle gevallen geregistreerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geregistreerd, afhankelijk van zwaarte maatregel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geregistreerd, anders.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In alle gevallen gemeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeld, afhankelijk van zwaarte maatregel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeld, anders.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N.v.t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Noodsituaties

12) Geef aan wat binnen uw instelling een reden kan zijn om maatregelen die niet in het zorgplan voorkomen in een noodsituatie bij bewoners toe te passen.

(Meerdere antwoorden mogelijk)

Bopz-bewoner	Niet-Bopz-bewoner	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ter bescherming van de bewoner
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Omdat de bewoner aggressief is
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uit therapeutisch oogpunt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uit pedagogisch oogpunt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Een tekort aan personeel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders, nl.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.v.t.

13) Welke middelen of maatregelen worden dan toegepast? Gevraagd wordt zowel naar het totale aantal toepassingen, als naar het aantal bewoners bij wie een of meer toepassingen hebben plaatsgevonden.

Geef op de stippelijnen de aantallen weer.

	Totale aantal toepassingen bij Bopz-bewoners	Toegepast op hoeveel Bopz-bewoners	Totale aantal toepassingen bij niet-Bopz-bewoners	Toegepast op hoeveel niet-Bopz-bewoners
Fixatie
Afzondering / Separatie
Het onder dwang toedienen van medicatie
Het gecamoufleerd toedienen van medicatie
Onder dwang toedienen van voedsel en/of vocht
Anders, namelijk.....

14) Heeft de instelling een protocol voor noodsituaties?

- Ja, voor beide groepen bewoners
- Ja, maar alleen voor Bopz-bewoners
- Ja, maar alleen voor niet-Bopz-bewoners
- Ja, anders.....
- Nee

15) Wordt de toepassing van middelen en maatregelen bij bewoners in noodsituaties door de instelling geregistreerd en gemeld bij de Inspectie?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

Bopz-bewoner	Niet-Bopz-bewoner	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In alle gevallen geregistreerd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geregistreerd, afhankelijk van zwaarte maatregel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geregistreerd, anders.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In alle gevallen gemeld
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gemeld, afhankelijk van zwaarte maatregel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gemeld, anders.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.v.t.

Huisregels

16) Gelden er huisregels binnen de instelling?

- Nee, er gelden geen huisregels
- Ja, maar de huisregels zijn niet op schrift gesteld
- Ja, en de huisregels zijn ook op schrift gesteld

17) Als de instelling huisregels heeft, worden daarin dan ook de volgende maatregelen geregeld:

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Het controleren van post
- Beperkingen in het ontvangen van bezoek
- Beperkingen in bewegingsvrijheid (anders dan in het kader van behandelplan of noodsituatie)
- Beperkingen op vrij telefoonverkeer
- Geen van bovengenoemde maatregelen worden in de huisregels geregeld
- N.v.t.

Overige vragen

18) Heeft de instelling bij de toepassing van de wet Bopz problemen met:

- De interpretatie van het begrip 'verzet'
- De interpretatie van het begrip 'volstrekt noodzakelijk'
- De interpretatie van het begrip 'ernstig gevaar voor de patiënt of voor anderen'
- De interpretatie van het begrip 'tijdelijke noodsituatie'
- De samenloop met de wet geneeskundige behandelingsovereenkomst
- Het onderscheid tussen de vrijheidsbeperkende maatregelen van artikel 40 (zie vraag 17) en de maatregelen in het kader van artt. 38 (dwangbehandeling) en 39 (middelen en maatregelen).
- Andere problemen, namelijk

Ruimte voor toelichting:.....

.....
.....
.....

19) Gaat u met een Bopz-bewoner anders om dan met een niet-Bopz bewoner?

- Ja, want.....
.....
- Soms, want.....
.....
- Nee, want.....
.....

Ruimte voor toelichting:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bijlage 2

Verslag van de invitational conference 'To Bopz or not to Bopz, interne rechtspositie psychogeriatricie en verstandelijk gehandicaptenzorg' in het kader van het evaluatieonderzoek Wet Bopz

Mw. Mr. J. Moust

Deze conferentie is gehouden in Utrecht op vrijdag 14 september 2001. Zij is georganiseerd met het oogmerk om de voorlopige uitkomsten van het onderzoek ter validering voor te leggen aan diverse genodigden die werkzaam zijn in de sectoren psychogeriatricie en verstandelijke gehandicaptenzorg. Het betreft met name artsen, bestuursleden, inspecteurs en gezondheidsjuristen (zie deelnemerslijst). De vraag naar de geschiktheid van de Wet Bopz als kader voor de interne rechtspositie van deze bewoners komt eveneens aan de orde.

De dag is opgedeeld in twee delen. De ochtend is gewijd aan de sector psychogeriatricie, terwijl in de middag de interne rechtspositie van verstandelijk gehandicapten aan bod komt.

De psychogeriatricie

De conferentie wordt geopend door prof. Van Wijmen (UM). Allereerst maakt hij duidelijk dat de opvattingen en ervaringen van de genodigden door de onderzoekers gebruikt zullen worden in hun rapportage van het evaluatieonderzoek.

Vergeleken met de eerste evaluatie hebben enkele accentverschuivingen plaatsgevonden, namelijk ten aanzien van de nadruk op het zorgplan en het werken met de begrippen verzet en dwang. Kort samengevat richt het evaluatieonderzoek zich op de vraag in hoeverre de Wet Bopz is geïmplementeerd in de psychogeriatricie en de verstandelijk gehandicaptenzorg. De tweede vraag is, of de Wet Bopz het geëigende kader is om de interne rechtspositie van de bewoners in een psychogeriatricische instelling en een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg te regelen.

Ten slotte wijst Van Wijmen op de vertrouwelijkheid van deze conferentie en van de voorlopige uitkomsten die op deze dag door de onderzoekers worden gepresenteerd.

De bevindingen van het onderzoek

Mr. Arends bespreekt eerst de onderzoeksopzet, blikt vervolgens terug op de eerste evaluatie en presenteert tenslotte de resultaten van de tweede evaluatie.

Het onderzoek bestaat uit een kwalitatief en een kwantitatief gedeelte. Begonnen is met het versturen van schriftelijke enquêtes aan de verpleeghuizen en verzorgingshuizen met een Bopz-aanmerking. Ten aanzien van deze laatste groep merkt mr. Arends op dat slechts 25 van de 1500 verzorgingshuizen gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid om een dergelijke aanmerking te verkrijgen. Vanuit de zaal wordt vervolgens opgemerkt dat inmiddels 50 tot 75 instellingen een aanmerking hebben verkregen en dat 100 instellingen deze hebben aangevraagd. Het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek bestaat uit interviews bij een aantal instellingen.

De belangrijkste conclusie uit de eerste evaluatie van de Wet Bopz is de constatering van een cultuuromslag die dankzij deze wet heeft plaatsgevonden, dit terwijl deze evaluatie plaatsvond vlak na de inwerkingtreding van de wet. De instellingen zijn zich meer bewust geworden van de interne rechtspositie en het zelfbeschikkingsrecht van de bewoners. Dit leidde tot meer terughoudendheid met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbepalende maatregelen. Daar-

naast kwam het zorgplan centraler te staan. Problemen werden ondervonden met de hantering van het begrip 'gevaar'. Het begrip 'verzet' bleek te zijn vertaald naar de eigen praktijk; men stelt verregaande eisen aan verzet, voordat men van echt verzet spreekt. Aan de hand van deze resultaten is de tweede evaluatie gestart

De schriftelijke enquête is door 205 instellingen teruggestuurd. Dat is ruim 60% van de instellingen. In Nederland zijn er verspreid over deze instellingen 23 870 psychogeriatrische bewoners. 80% van de bewoners heeft een Bopz-indicatie, 20% van hen verblijft op vrijwillige basis in de instelling. Er dient wel een voorbehoud te worden gemaakt ten aanzien van deze percentages. Het blijkt namelijk dat niet altijd duidelijk is wat met een Bopz-indicatie wordt bedoeld. Het verschil met een indicatie voor opname in een psychogeriatrische instelling is in een aantal verpleeg- en verzorgingshuizen niet helder. Het kan daarom zijn dat een aantal van de bewoners dat nu wordt gerekend tot de 80% van de onvrijwillige opname (Bopz-indicatie), eigenlijk als vrijwillig moet worden aangemerkt. Ten slotte blijken in deze sector weinig in bewaring stellingen (IBS) en rechterlijke machtigingen (RM) voor te komen.

Ten aanzien van de verpleeghuizen kunnen de volgende positieve punten worden geconstateerd:

- de instellingen zijn zich meer bewust geworden van de noodzakelijkheid van het zorgplan;
- men is zich bewust van de specifieke rol van de bewoner en vertegenwoordiger. Bijna iedereen krijgt bij binnenkomst een vertegenwoordiger aangewezen;
- het belang van het begrip 'verzet' is duidelijk;
- het belang van het registreren en melden wordt onderschreven. Er is echter lang niet altijd een centraal registratiesysteem aanwezig in de instelling;
- tenslotte is men zich bewust van de rol van de Inspectie. Deze wordt regelmatig benaderd met vragen (o.a. over de positie van de vrijwillige bewoners);

Er zijn echter ook een aantal problematische punten:

- met betrekking tot de juridische status van de bewoners: op de werkvloer wordt geen onderscheid gemaakt tussen vrijwillige en onvrijwillige bewoners. Men is vaak niet op de hoogte van de juridische status van de bewoner. Dit leidt ertoe dat er frequent ook op vrijwillige bewoners middelen of maatregelen worden toegepast. Indien een bewoner wordt opgenomen met een IBS of een RM wordt dit eigenlijk alleen van belang geacht op het moment van opname. Zij worden meestal niet na het verlopen van de termijn verlengd. De juridische status van deze bewoners verandert daardoor in die van een vrijwillige bewoner. De vraag is of de juridische status iets toevoegt;
- ondanks het feit dat men zich bewust is van de rol van de bewoner en vertegenwoordiger, is de inspraak van beiden bij de totstandkoming van het zorgplan beperkt. Meestal wordt de bewoner voor het nemen van een dergelijke beslissing wilschroomig geacht. De vertegenwoordiger wordt er wel bij betrokken, in die zin dat voor en na het overleg wordt teruggekoppeld naar de vertegenwoordiger;
- veel middelen of maatregelen worden opgenomen in het zorgplan van een individuele bewoner. Maar niet duidelijk is in welke mate deze worden toegepast. Door de opname in het zorgplan vindt er geen registratie plaats van de toepassing ervan en wordt deze niet gemeld aan de Inspectie. Bovendien is op deze manier niet duidelijk wat het beleid van een instelling is;
- ten aanzien van het begrip 'verzet', blijkt dit in veel gevallen niet te worden erkend. Met name als het verzet door de bewoner zelf wordt gepleegd en de bewoner wordt geacht hier niet toe in staat te zijn. Verzet van familie wordt wel erkend. Maar deze blijkt vaak onder druk te worden gezet om middelen of maatregelen te mogen toepassen;
- andere vrijheidsbeperkende maatregelen komen in beperkte mate voor;

- er wordt in de instellingen zeer weinig centraal geregistreerd en zeer weinig gemeld aan de Inspectie. Uit het onderzoek komt naar voren dat slechts 1,8% van het aantal toepassingen van middelen of maatregelen wordt doorgegeven aan de Inspectie;
- een laatste problematisch punt is het feit dat de Wet Bopz een instellingsgebonden karakter heeft. Bopz-situaties met betrekking tot psychogeriatrische patiënten komen echter ook buiten de instellingen voor. Ook deze patiënten hebben recht op bescherming.

Slechts een klein aantal van de verzorgingshuizen heeft de enquête teruggestuurd. Met behulp van de verkregen gegevens kan het volgende worden geconcludeerd:

- in de verzorgingshuizen geeft men blijk van soortgelijke ervaringen als in de verpleeghuizen;
- daarnaast blijkt nog maar een beperkt aantal verzorgingshuizen over een Bopz-aanmerking te beschikken;
- van belang bij dit laatste punt is een onderzoek verricht door het iBMG (EUR) in opdracht van Arcares, waaruit blijkt dat ondanks de aanwezigheid van psychogeriatrische bewoners, meer dan 50% van de verzorgingshuizen niet overweegt een Bopz-aanmerking aan te vragen. Redenen hiervoor zijn:
 - de verzorgingshuizen willen hun intern beleid niet aanpassen; ze willen geen onderscheid maken tussen de verschillende bewoners;
 - ze geven aan geen mogelijkheid te hebben om een aparte afdeling voor Bopz-bewoners te creëren;
 - tenslotte zijn ze van oordeel dat de Wet Bopz te veel regels stelt.

Discussiegroepen

Vervolgens zijn de verschillende genodigden opgedeeld in drie discussiegroepen onder leiding van mr. dr. Dute (UM), prof. Legemaate (EUR) en prof. Van Wijmen (UM). Bij de indeling is geprobeerd een evenwichtige verdeling te maken met betrekking tot het aantal artsen, inspecteurs en juristen.

In de verschillende groepen werd gediscussieerd over een drietal scenario's:

- dient de huidige Wet Bopz gehandhaafd te worden?
- of dient deze wet op een aantal punten, daar waar zij problemen oplevert ten aanzien van psychogeriatrische patiënten, gewijzigd te worden;
- of dient, tenslotte, een hele nieuwe wet tot stand te worden gebracht, die speciaal is gericht op psychogeriatrische patiënten en waarbij de nadruk ligt op het behandelen en het verzorgen van de bewoners in plaats van op het opnemen van hen.

De discussie heeft plaatsgevonden aan de hand van een aantal thema's die in de conceptrapportage behandeld zijn. Tevens wordt gediscussieerd over een aantal stellingen.

Plenaire terugkoppeling uit de discussiegroepen

Nadat de discussiegroepen hun discussies hebben beëindigd, vindt er een plenaire terugkoppeling plaats onder leiding van de voorzitter, prof. Van Wijmen. De verschillende groepen presenteren hun resultaten.

Ter verduidelijking worden hieronder eerst kort de conclusies van de conceptrapportage weergegeven:

Totstandkoming zorgplan, wils(on)bekwaamheid en vertegenwoordiging

Uit het onderzoek blijkt dat er geen systematische vaststelling van wils(on)bekwaamheid van de bewoners plaatsvindt. Ongeacht deze wils(on)bekwaamheid van de bewoner wordt doorgaans aan de vertegenwoordiger toestemming gevraagd voor het zorgplan. In het overgrote deel van de instellingen geldt als beleid dat een vertegenwoordiger voor de bewoner wordt aangewezen.

Dwangbehandeling en middelen of maatregelen

In meer dan de helft van de instellingen worden middelen of maatregelen toegepast. Het meest voorkomend zijn fixatie en het gecamoufleerd toedienen van medicatie. Met name bij de toepassing van middelen of maatregelen wordt duidelijk dat op de werkvloer geen onderscheid wordt gemaakt tussen een Bopz-bewoner en een niet-Bopz-bewoner.

Ten aanzien van de implementatie van de begrippen '(ernstig) gevaar' en 'verzet' blijken er nog steeds problemen te zijn. Tenslotte wordt geconcludeerd dat de redenen voor toepassing van middelen of maatregelen in noodsituaties zijn: bescherming van de bewoner, agressie van de bewoner, therapeutische overwegingen, tekort aan personeel en niet optimale huisvesting.

Huisregels en beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid

Uit het onderzoek blijkt dat in veel instellingen huisregels op schrift zijn gesteld. Een derde van de instellingen kent in de huisregels beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid. Een andere conclusie is dat bewoners gedurende de dag tegen diverse beperkingen in de bewegingsvrijheid oplopen die niet in de wet geregeld zijn. Bij de toepassing van huisregels wordt tenslotte geen onderscheid gemaakt naar de juridische status van bewoners.

Samenloop WGBO en de geschiktheid van de Wet Bopz

De samenloop van de WGBO met de Wet Bopz is een laatste thema dat in de conceptrapportage aan bod is gekomen.

31,8% van de responderende instellingen blijkt hiermee problemen te hebben. Opvallend is de gedeelde opvatting dat indien een middel of maatregel om medische redenen voorgeschreven wordt, deze dan niet geregistreerd of gemeld hoeft te worden, omdat de WGBO dat niet voorschrijft. Ten aanzien van de geschiktheid van de Wet Bopz voor de psychogeriatric, blijkt dat geen van de ondervraagden vindt dat de wet in de huidige vorm voldoet. Men is wel positief over de doelstelling van de wet. Het toezicht op de beperkingen die aan de bewoners kunnen worden opgelegd, wordt eveneens van groot belang geacht. Er zijn echter ook vele tekortkomingen, zoals:

- de wet is te rigide. Voor grensgevallen is er te weinig handelingsruimte;
- de wet vergt teveel aan administratieve handelingen;
- de wet is geschreven voor de psychiatrie. De wet gaat uit van zelfbeschikking, terwijl dat bij psychogeriatrische patiënten per definitie intervenueert met de noodzaak tot bescherming;
- de terminologie in de wet is geschreven voor de psychiatrie en sluit onvoldoende aan op de psychiatrie.

De voorzitter begint de plenaire bespreking met het zorgplan:

In één van de discussiegroepen is de opmerking gemaakt dat er sterke twijfel is gerezen bij het percentage dat in de conceptrapportage wordt genoemd, namelijk dat bij 40% van de bewoners geen toestemming wordt gevraagd. Deze groep merkt ook op dat bij de bespreking van het zorgplan in het MDO, de vertegenwoordiger noch de bewoner aanwezig *hoeft* te zijn. Een MDO is er helemaal niet voor de familie. Het is een overlegvorm voor medewerkers op de afdeling. Bovendien wijzen zij op het feit dat de familieleden in veel gevallen helemaal geen vertegenwoordiger willen zijn. Opgemerkt wordt dat in de verstandelijk gehandicaptenzorg de vertegenwoordiger wel aanwezig is bij het disciplinair overleg. Volgens een verpleeghuisarts komt dit door het feit dat men in de verstandelijk gehandicaptenzorg te maken heeft met zeer betrokken ouders in de rol van vertegenwoordigers.

Ook in een andere groep is de opmerking gemaakt dat veel familieleden helemaal geen vertegenwoordiger willen zijn. De vertegenwoordigers willen er bovendien niet altijd tot in detail bij betrokken zijn. In deze groep is ook aangegeven dat in de geest van de wet wordt gehandeld

en dat er veel informeel om toestemming wordt gevraagd. Interessant is nog dat zij aan hebben gegeven dat er maar één zorgplan is; er is geen Bopz-deel of WGBO-deel. Het is één geheel. De Inspectie geeft aan dat zij wel graag ziet dat er in het dossier een apart middelen of maatregelen-gedeelte is.

De derde groep maakt de opmerking dat de betrokkenheid van de bewoner er in het onderzoek slecht vanaf komt. Zij geven aan dat dat formeel ook het geval is, maar er is wel degelijk sprake van betrokkenheid. Er wordt gelet op de houding en de reactie van de patiënt.

Een Inspectie-lid merkt op dat er nauwelijks onderscheid wordt gemaakt tussen dwangbehandeling en middelen of maatregelen. Een goed zorgplan moet dat onderscheid maken. Koepelorganisaties zouden het op zich moeten nemen om een model-zorgplan te maken. Een verpleeghuisarts geeft aan dat er in het dossier van een bewoner moet staan wanneer er verzet is en waarom de handeling toch wordt doorgezet ondanks dat er verzet is.

Tenslotte wordt nog opgemerkt dat niet altijd duidelijk is bij de verpleging wie wettelijk vertegenwoordiger is en wie contactpersoon is.

De voorzitter vat het samen: In het ideale zorgplan moet goed zichtbaar zijn wanneer er verzet is gepleegd en waarom het middel of de maatregel dan toch wordt toegepast. In een zorgplan wordt in de praktijk geen onderscheid gemaakt in een Bopz-gedeelte en een WGBO-gedeelte.

Vervolgens worden de verschillende stellingen besproken:

Ten aanzien van de eerste stelling, beoordeling van de wils(on)bekwaamheid van de bewoner dient systematisch en regelmatig plaats te vinden, wordt duidelijk dat er in de groepen snel is overgestapt naar het hiermee samenhangende onderwerp van het vragen van toestemming. In één groep is de vraag gesteld of wils(on)bekwaamheid wel (formeel) getoetst moet worden. De groepsleden hebben aangegeven dat er in de praktijk met betrekking tot het verkrijgen van toestemming wel vaak 'onderhandeld' wordt. Er wordt dan op een ander communicatieniveau gehandeld dan op het niveau van het beoordelen van de wils(on)bekwaamheid. Er is sprake van een 'negotiated consent'.

De tweede groep zit op dezelfde lijn; zij hebben aangegeven dat het toetsen van wils(on)bekwaamheid in de praktijk gewoon anders gaat. Het gebeurt niet zo formeel als de stelling doet denken. En dat willen ze ook niet. Je moet op een andere manier dan het formeel vragen van toestemming erachter komen wat de patiënt wil. Het gaat erom dat iedere bewoner op een persoonlijke manier wordt benaderd. Er wordt iets geprobeerd en als het de bewoner bevalt, doe je het nog een keer. Door middel van non-verbale communicatie wordt met de bewoner 'overlegd'. Er wordt op gewezen dat je aan de bewoners kunt zien of ze toestemming geven, of ze het prettig vinden.

In één groep is naar voren gekomen dat wilsonbekwaamheid goed is vast te stellen met het model dat WMO hanteert. Daar is ook een protocol voor ontwikkeld, dat in het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie is gepubliceerd.

In de laatste groep is de opmerking gemaakt dat het veld zich niet geschikt acht om met het concept te werken.

Door een verpleeghuisarts wordt de opmerking gemaakt dat indien in het dossier wordt vastgelegd dat de bewoner al dan niet wilsbekwaam is, er vaak gedacht wordt dat er dan niet meer naar gekeken hoeft te worden. Dit is een ernstig nadeel van het formeel vastleggen van de wils(on)bekwaamheid van de bewoner in het dossier.

Stelling 2, een Bopz-indicatie heeft geen meerwaarde, is in één groep positief beantwoord. In de tweede groep is aangegeven dat de Wet Bopz zijn waarde heeft met betrekking tot de waarborgen die erin zijn neergelegd. Deze groep heeft ook aangegeven dat het er om gaat goede zorg te verlenen ongeacht de juridische status. 'Vergeet de wetten, niet de principes'. Erkend is dus wel dat de wet zijn nut heeft gehad in de zin van de cultuurverandering die zij heeft teweeggebracht.

Dit laatste is ook in de derde groep aangegeven. De Wet Bopz heeft voor moreel besef gezorgd.

De voorzitter gaat hier op in en geeft aan dat dit laatste van belang is voor een eventuele wetswijziging. Men moet zich afvragen of de praktijk ermee kan werken. Uit een Amerikaans onderzoek blijkt dat indien de formaliteiten van een wet over het moreel besef heen schieten, de wet niet werkt. Je moet je doel niet voorbij schieten. Maar voor het moreel besef, de principes, is de wet in ieder geval goed geweest.

Vervolgens komen de stellingen 3 en 4 aan bod: De Wet Bopz regelt een te beperkt aantal van de beperkingen waarmee bewoners worden geconfronteerd en de toepassing van middelen of maatregelen moet altijd geregistreerd en gemeld worden

In één groep werd in eerste instantie aangegeven dat er inderdaad te weinig middelen of maatregelen in de wet staan. Bij nader inzien blijkt echter dat veel van de vrijheidsbeperkende maatregelen die gebruikt worden onder het begrip fixatie vallen. Het veld heeft te weinig associatie met de wettelijke begrippen.

Dit laatste is ook in de andere twee groepen naar voren gekomen. Wat de Wet Bopz vrijheidsbeperkende maatregelen noemt, wordt in het veld vaak gezien als beschermende maatregelen. De Inspectie wijst erop dat de term 'beschermende' maatregelen ook niet meer gebruikt moet worden. Waar het om gaat is dat zodra een vrijheidsbeperkende maatregel wordt toegepast, deze wordt geregistreerd. Als een bewoner zich tegen een dergelijke maatregel verzet, dient dit gemeld te worden aan de Inspectie.

Het blijkt ook moeilijk te zijn om een onderscheid te maken tussen middelen of maatregelen in de zin van dwangbehandeling en het toepassen van middelen of maatregelen die in het zorgplan staan, zonder dat er sprake is van dwangbehandeling. Dit heeft dan weer gevolgen voor het melden aan de Inspectie. Er wordt veel geregistreerd, maar men weet niet wanneer een toepassing van een middel of maatregel gemeld moet worden aan de Inspectie. Dit hangt volgens het veld af van de interpretatie van het begrip 'verzet' en van de intentie waarmee je een middel of maatregel toepast.

De stelling die betrekking heeft op het begrip 'verzet' is als volgende aan de beurt.

Een eerste opmerking in één van de groepen betreft het feit dat 'verzet' zo'n moeilijk hanteerbaar begrip is. De praktijk neigt ertoe dat er sprake moet zijn van consistent gedrag. Hierbij wordt door een verpleeghuisarts het voorbeeld gegeven van een bewoner die alleen rammelt aan de deur die zich in de lengte van de gang bevindt, dus recht voor de bewoner. Aan de deuren die zich aan de zijkanten bevinden en waar de bewoner dus langskomt op weg naar de andere deur, wordt niet gerammelt. Is hier dan sprake van verzet?

In een andere groep wordt gedifferentieerd tussen terughoudendheid en verzet. Veel kan gezien worden als terughoudendheid van de bewoner tegen dingen die afwijken van de dagelijkse werkelijkheid; er is dan geen sprake van verzet.

In de derde groep is opgemerkt dat ook verzet van een wilsonbekwame verzet is. Zij stellen daarnaast de vraag wat rechtens is als medicatie gecamoufleerd wordt toegediend. De patiënt kan zich dan immers niet verzetten.

Het veld blijkt niet vaak verzet aan te nemen.

Opgemerkt wordt, dat als je twijfelt, je gewoon moet melden. Vanuit de zaal wordt hierop gereageerd met de opmerking dat de wetgever een systeem heeft bedacht dat is losgekoppeld van de intentie. Het veld wil het al dan niet melden afhankelijk maken van de intentie waarmee het middel of de maatregel wordt toegepast. De wetgever stelt: indien vrijheidsbeperkend, dan melden. Maar in de praktijk kan de intentie niet losgekoppeld worden.

Vervolgens wordt kort ingegaan op de rol van de Inspectie. Het blijkt dat er de laatste tijd meer individueel wordt geïnspecteerd. Naar aanleiding van een melding controleert de Inspectie een individueel geval. Daarnaast gebruikt de Inspectie de meldingen als beleid- en kwaliteitsbeoordeling.

Tenslotte de laatste twee stellingen. Er wordt gerapporteerd aan de hand van de drie bovengenoemde scenario's.

Eén groep heeft gekozen voor scenario 2. Zij willen de Wet Bopz in principe handhaven, maar op een aantal probleempunten moeten aanpassingen worden gemaakt. Zo dienen er zorgvuldigheidseisen te worden geformuleerd voor psychogeriatrische patiënten die niet in Bopz-instellingen zitten. Bovendien moet in de Wet Bopz gedifferentieerd worden naar verschillende patiënten, verschillende soorten zorg.

De twee andere groepen hebben gekozen voor scenario 3. Een nieuwe wet, buiten de Wet Bopz, voor de psychogeriatrische zorg. Er dient een specifieke regeling te zijn voor kwetsbare patiënten die voor hun dagelijkse zorg afhankelijk zijn van anderen. Een aantal regels zouden in een wet moeten komen te staan en daarnaast zou via kwaliteitsbewaking inhoudelijk een aantal regels moeten worden geformuleerd.

Daarnaast is aangegeven dat de rechtsbeschermende aspecten van de Wet Bopz ook in een nieuwe wet moeten worden opgenomen.

Ook de mogelijkheid van een 'WGBO-plus' is ter sprake gekomen; het feit dat de WGBO niet instellingsgebonden maar handelingsgebonden is, geeft hierbij de doorslag.

Tenslotte nog een aantal opmerkingen.

Met betrekking tot de laatste stelling wordt opgemerkt dat meer personeel niet ten koste moet gaan van het evalueren van wetten. Er dient meer geld beschikbaar te komen voor evaluatie van wetgeving dan nu het geval is, wil het niet ten koste gaan van de kwaliteit van de uitkomsten.

De Inspectie maakt melding van een nieuw instrument dat aan het einde van het jaar zal worden geëvalueerd. Het gaat om een toetsingsinstrument aan de hand waarvan de Inspectie beoordeelt hoe een verpleeg- of verzorgingshuis dat een Bopz-aanmerking heeft, vorm geeft aan de implementatie van de wet.

Er wordt ook geadviseerd om een training op te zetten voor verzorgingshuizen die met de Wet Bopz te maken hebben of krijgen.

In één van de groepen is, tenslotte, de opmerking gemaakt dat het niet correct is om psychogeriatrische bewoners te beschouwen als patiënten die vanaf het moment van opname alleen maar verder achteruit gaan. Dat is namelijk niet altijd het geval.

De voorzitter bedankt alle aanwezigen voor hun komst en hun zeer nuttige inbreng en sluit vervolgens het ochtendgedeelte af.

De verstandelijk gehandicaptenzorg

's Middags wordt de aandacht gericht op de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Voorzitter van dit gedeelte van de conferentie is prof. Legemaate.

De bevindingen van het onderzoek

Mw. drs. mr. Frederiks heeft het onderzoek naar de interne rechtspositie van bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg verricht. Ook zij geeft in een korte presentatie weer wat de tot nu toe behaalde resultaten en conclusies zijn. Zij doet dat aan de hand van een uitleg van de onderzoeksopzet, een terugblik op de eerste evaluatie en tenslotte een bespreking van de resultaten van de tweede evaluatie.

Het onderzoek is gestart in januari 2001. Net als voor het onderdeel psychogeriatricie bestaat ook dit onderdeel van het onderzoek uit een kwantitatief en een kwalitatief gedeelte. Er zijn schriftelijke enquêtes naar de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg gestuurd. 100 instellingen hebben uiteindelijk meegewerkt. Vervolgens zijn in een aantal instellingen interviews afgenomen. Het sluitstuk van het onderzoek is deze invitational conference.

Naar aanleiding van de eerste evaluatie van de Wet Bopz is geconcludeerd dat de interne rechtspositie van bewoners in instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg daadwerkelijk verbeterd is. Met deze gedachte in het achterhoofd is met de tweede evaluatie gestart.

Er zijn onder andere interviews afgenomen met enkele bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Op deze manier konden de onderzoekers zelf ondervinden of de interne rechtspositie van de bewoners ook daadwerkelijk verbeterd is. Het blijkt echter een wisselend beeld op te leveren. Naast een aantal succesverhalen zijn er ook wat minder positieve verhalen.

In de 100 instellingen die de schriftelijke enquête hebben geretourneerd, verblijven 28 207 bewoners. Daarvan is 69,8% vrijwillig opgenomen. Dit betekent dat de Wet Bopz maar van toepassing is op slechts 30% van alle bewoners die in instellingen met een Bopz-aanmerking verblijven. Dit laatste dient wel met enige voorzichtigheid benaderd te worden, aangezien niet alle instellingen hebben meegedaan aan de enquête. In de 100 instellingen die hebben meegewerkt gaat het om 8249 bewoners met een Bopz-indicatie, 75 bewoners met een rechterlijke machtiging (RM) en 2 met een inbewaringstelling (IBS). Deze Bopz-bewoners blijken niet evenredig over de instellingen verdeeld te zijn. Maar liefst 35,2% van de instellingen geeft aan geen Bopz-bewoners in huis te hebben.

Wat zijn de positieve punten die uit het onderzoek naar voren komen:

- het onderzoek laat zien dat vrijwel elke bewoner een zorgplan krijgt, waarin afspraken rondom de toepassing van middelen of maatregelen vastgelegd worden. Tevens worden daarin andere vrijheidsbeperkingen vastgelegd;
- ten aanzien van de rol van de bewoner en de vertegenwoordiger is geconcludeerd dat het merendeel van de bewoners een vertegenwoordiger heeft, overeenkomstig het beleid van de instelling. De vertegenwoordiger woont de zorgplanbespreking bij en geeft toestemming voor de toepassing van middelen of maatregelen. Meestal ondertekent de vertegenwoordiger ook het uiteindelijke zorgplan. Daarnaast zijn er ook al meer initiatieven gaande om de bewoner te betrekken bij het zorgplan;
- hulpverleners zijn zich ervan bewust dat vrijheidsbeperkingen niet zomaar kunnen worden toegepast. Een bewoner heeft het recht om zich tegen de toepassing ervan te verzetten. Met het uiten van verzet beschikt de bewoner over een soort machtsmiddel om aan te geven dat hij het niet eens is met de toepassing van middelen of maatregelen. Ook verzet van een wilsonbekwame bewoner wordt erkend;
- instellingen staan over het algemeen positief tegenover het registreren van middelen of maatregelen. Op deze manier wordt inzicht verkregen in welke vrijheidsbeperkingen bij welke bewoner in een instelling worden toegepast. Daarnaast wordt men op deze wijze gedwongen zich beter te verantwoorden;
- men is zich bewust van de rol van de Inspectie. Deze houdt 'extern' toezicht op de toepassing van vrijheidsbeperkingen bij bewoners. Instellingen moeten elke toepassing van dwangbehandeling en noodsituatie melden aan de Inspectie. Daarnaast bezoekt deze regelmatig instellingen. Op initiatief van de Inspectie zijn bijvoorbeeld de afzonderingsruimtes afgebouwd.

Geconcludeerd kan worden dat instellingen zich goed kunnen vinden in de uitgangspunten van de wet. Men is de afgelopen jaren zorgvuldiger gaan werken.

Er gebeuren binnen de instellingen echter ook een aantal dingen waar de Wet Bopz geen of onvoldoende grip op heeft:

- zo is er het begrip 'middelen of maatregelen akkoord'. Een groot deel van de middelen of maatregelen wordt opgenomen in het zorgplan. De toepassing ervan vindt plaats in overeenstemming met de bewoner en/of de vertegenwoordiger. De toepassing hoeft niet aan de Inspectie gemeld te worden. Ook als het middel of de maatregel al lang niet meer nodig is, blijft het opgenomen in het zorgplan;

- instellingen worstelen met het begrip 'verzet'. Verzet wordt lang niet altijd als verzet geïnterpreteerd. Geïnterviewden merken op dat bewoners altijd wel enige vorm van tegenstribbelen vertonen of dat bewoners juist zo gehospitaliseerd zijn dat ze zich helemaal niet meer verzetten;
- middelen of maatregelen mogen alleen toegepast worden als er sprake is van gevaar. In de zorg aan verstandelijk gehandicapten worden ook vrijheidsbeperkingen vanuit pedagogisch oogpunt toegepast. Deze vrijheidsbeperkingen worden niet gemeld aan de Inspectie. Hetzelfde geldt voor medische maatregelen als bedekken en fixaties. Artsen zijn vaak van mening dat de WGBO van toepassing is. Ook deze middelen of maatregelen worden bij gevolg niet gemeld;
- ook bij de vrijwillig opgenomen bewoners, nagenoeg 70% van alle bewoners, zie hierboven, vinden middelen of maatregelen plaats, ondanks dat deze bewoners niet over de juiste juridische status hiertoe beschikken. Een groot deel van de bewoners heeft nog geen herindicatie gekregen. De werkvloer is zich nauwelijks bewust van de juridische status van de bewoners;
- instellingen blijken allemaal op hun eigen manier te melden. Als een bewoner drie keer per dag met verzet wordt gesepareerd, is dat soms één melding en soms drie meldingen. Interne registraties wisselen ook per instelling. In sommige instellingen moet de centrale registratie nog opgezet worden;
- de Inspectie beschikt niet over voldoende informatie om haar taken correct uit te oefenen. Middelen of maatregelen die in het zorgplan staan worden niet gemeld, middelen of maatregelen bij vrijwillig opgenomen bewoners worden niet gemeld en daarnaast mist Bopz (registratiesysteem) een groot aantal middelen of maatregelen. Elke instelling meldt immers op zijn eigen manier de toepassing van middelen of maatregelen;
- de Wet Bopz is beperkt tot instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg, terwijl ook verstandelijk gehandicapten buiten instellingen rechtsbescherming verdienen.

Mevr. drs. mr. Frederiks sluit haar presentatie af met de vraag of de Wet Bopz een geschikt instrument is voor de verstandelijk gehandicaptenzorg. Op grond van het onderzoek zijn een aantal scenario's denkbaar:

- de huidige wet handhaven. Het gaat vooral om het nader invullen van begrippen zoals 'verzet' en 'gevaar';
- de Wet Bopz aanpassen voor de sector verstandelijk gehandicapten. Een groot deel van de beperkingen die toegepast worden, ondervangt de Wet Bopz immers niet. Denk hierbij aan de pedagogische maatregelen;
- er moet een heel andere wet komen dan de huidige Wet Bopz.

Discussiegroepen

De gasten worden ook nu opgedeeld in drie discussiegroepen. De voorzitters zijn mr. dr. Dute, prof. Legemaate en prof. Van Wijmen. Bij de verdeling is geprobeerd in de groepen een evenwicht aan te brengen met betrekking tot het aantal artsen, inspecteurs en juristen.

In de discussiegroepen zal gediscussieerd worden aan de hand van de voorlopige conclusies die in de conceptrapportage zijn gepresenteerd. Tevens wordt hierin een aantal stellingen geponeerd die eveneens uitlokken tot een discussie. Tenslotte wordt de vraag gesteld welke van de drie bovengenoemde scenario's de voorkeur verdient.

Plenaire terugkoppeling uit de discussiegroepen

Als alle genodigden weer aanwezig zijn, stelt de voorzitter voor om de resultaten van de verschillende discussiegroepen te bespreken aan de hand van een vijftal thema's:

In de eerste plaats het zorgplan, de toestemming, de vertegenwoordiging en de daarmee samenhangende vaststelling van de wils(on)bekwaamheid. Vervolgens het thema dwangtoe-

passing. Als derde de registratie en de melding. In de vierde plaats de huisregels en andere vrijheidsbeperkende maatregelen. En tenslotte de vraag naar de geschiktheid van de Wet Bopz.

Ook hier weer eerst ter verduidelijking kort de conclusies van de conceptrapportage.

Totstandkoming zorgplan, wils(on)bekwaamheid en vertegenwoordiging

Uit het onderzoek blijkt dat voor bijna alle bewoners een zorgplan wordt opgesteld. In het merendeel van de instellingen wordt een vertegenwoordiger voor de bewoner aangewezen. Systematische vaststelling van wils(on)bekwaamheid vindt niet plaats. Ongeacht deze wils(on)bekwaamheid van de bewoner, wordt doorgaans aan de vertegenwoordiger toestemming gevraagd voor het zorgplan. Dit zorgplan blijkt in veel gevallen onvolledig te zijn op het onderdeel van middelen of maatregelen en overige vrijheidsbeperkingen.

Dwangbehandeling en middelen of maatregelen

Middelen of maatregelen worden in meer dan de helft van de instellingen toegepast. Het meest toegepast worden fixatie en afzondering. Op de werkvloer wordt geen onderscheid gemaakt tussen Bopz-bewoner en niet-Bopz-bewoner. Op het gebied van de implementatie van Bopz-begrippen, met name 'verzet' en '(ernstig) gevaar', is in vergelijking met de eerste evaluatie geen merkbare vooruitgang te constateren. Redenen voor toepassing van middelen of maatregelen in noodsituaties zijn bescherming van de bewoner, agressie van de bewoner, pedagogische overwegingen, tekort aan personeel en niet optimale huisvesting. In de verstandelijke gehandicaptenzorg is het gebruikelijk dat men in het zorgplan werkt met middelen of maatregelen akkoord.

Registreren en melden

De registratie van middelen of maatregelen door instellingen vindt niet op eenduidige wijze plaats. Dikwijls ontbreekt een centrale registratie. Er bestaat een flinke discrepantie tussen het aantal geregistreerde en het aantal gemelde middelen of maatregelen. Instellingen signaleren dat de Inspectie te weinig doet met door instellingen gemelde gegevens.

Huisregels en beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid

Het overgrote deel van de instellingen heeft huisregels veelal op schrift gesteld. Een derde van de instellingen kent in de huisregels beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid. Bij toepassing van huisregels wordt geen onderscheid gemaakt naar de juridische status van bewoners. De bewoner loopt gedurende de dag tegen diverse beperkingen op die niet in de wet geregeld zijn.

Samenloop WGBO en de geschiktheid van de Bopz

Maar liefst 45% van de instellingen ondervindt problemen als het gaat om de samenloop van de WGBO met de Wet Bopz. In de dagelijkse zorgverlening komen regelmatig situaties voor waarbij het niet duidelijk is of er nu sprake is van de WGBO of van de Wet Bopz.

Ten aanzien van de geschiktheid van de Wet Bopz geven geïnterviewden over het algemeen aan dat zij het eens zijn met de uitgangspunten van de wet. Door de komst van de wet is men meer gaan nadenken over de toepassing van vrijheidsbeperkingen en wordt er zorgvuldiger gewerkt. Er zijn echter ook een aantal kanttekeningen te plaatsen:

- van de 100 instellingen die aan het onderzoek hebben meegewerkt, blijkt 35,2% geen Bopz-bewoner in huis te hebben. Bij deze vrijwillig opgenomen bewoners vinden echter wel vrijheidsbeperkingen voor. Op de werkvloer wordt niet naar de juridische status van een bewoner gekeken. Dit roept de vraag op wat de toegevoegde waarde is van een Bopz-indicatie;
- een aantal begrippen uit de Wet Bopz is niet geschikt voor de verstandelijk gehandicaptenzorg;

- ondanks het feit dat dwangbehandeling en noodsituaties gemeld moeten worden aan de Inspectie, wordt een groot deel van de middelen of maatregelen buiten het toezicht van de Inspectie toegepast via de constructie middel of maatregel akkoord;
- de begrippen 'verzet' en 'gevaar' zouden nader uitgewerkt moeten worden voor de sector verstandelijk gehandicapten;
- ook buiten het circuit van de Wet Bopz komen veel vrijheidsbeperkingen voor. Ook voor deze verstandelijk gehandicapten dienen zorzuldigheidseisen te gelden.

Ten aanzien van het eerste thema is in een groep opgemerkt dat het vaststellen of een bewoner wilsbekwaam is of niet belangrijk is en dat het ook mogelijk is om dat te doen. Bij gevolg moet men zich daar dan ook voor inzetten. De vaststelling of iemand wilsbekwaam is of niet, dient regelmatig herzien te worden. Iedere keer als er iets belangrijks speelt, dient hierop te worden ingegaan. De wils(on)bekwaamheid dient cyclisch te worden vastgesteld. Het is in dit kader wel van belang dat er criteria voor de vaststelling van de wils(on)bekwaamheid worden ontwikkeld.

In een andere groep is echter opgemerkt dat het vaststellen van de wils(on)bekwaamheid van een bewoner niet zo makkelijk is. Zij geven aan dat in de praktijk toch veel wordt uitgegaan van de regel 'wilsonbekwaam, tenzij...'. Ten aanzien van het vereiste van het verkrijgen van toestemming zijn zij van oordeel dat dat een juridisch uitgangspunt is; het is een momentopname. In de praktijk is het betrekken van de patiënt het uitgangspunt.

In de derde groep is het driehoeks-overleg aan bod gekomen. Het zorgplan dient te worden vastgesteld door de bewoner, de vertegenwoordiger en de instelling. Ook als de bewoner wilsonbekwaam is, dient hij zoveel mogelijk bij het totstandkomen van het zorgplan te worden betrokken. Met betrekking tot het zorgplan is het belang hiervan in deze groep erkend. Het dient er gewoon te zijn, of de Wet Bopz hier nu toe verplicht of niet.

Vervolgens wordt nog de opmerking gemaakt dat het vaststellen van de wilsbekwaamheid vooral van belang is als de ouders van de bewoner behoudender blijken te zijn dan de instelling.

Daarnaast is nog aangegeven dat het voor de praktijk ontwikkelde Philadelphia-instrument (methodiek voor de vaststelling van wilsonbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke handicap, Biesart/Hubben, 2000), als moeilijk wordt ervaren.

Het tweede thema, de dwangtoepassing, is in alle groepen uitgebreid aan de orde gekomen. Eén groep concludeert dat het veel voorkomt, maar te weinig geregistreerd en gemeld wordt. Er is op gewezen dat erkend moet worden dat bij dwangtoepassing een bepaalde grens wordt overschreden en dat dat dus gemeld dient te worden aan de Inspectie.

Daarnaast blijkt het aantal middelen of maatregelen dat in deze sector voorkomt veel breder te zijn dan de vijf die in de wet worden genoemd. Het moet gaan om vrijheidsbeperkende maatregelen in het algemeen.

Ten aanzien van het begrip 'verzet' stellen zij voor dat een hulpverlener zich bij iedere handeling afvraagt, indien er verzet is, waarom deze bewoner zich ertegen verzet. Dat is van belang. In de tweede groep is vastgesteld dat veel middelen of maatregelen in het zorgplan zijn opgenomen. Middelen of maatregelen in de zin van noodtoestand komen niet veel voor. In deze groep is ook de vraag gesteld of pedagogische maatregelen onder vrijheidsbeperkende maatregelen vallen. Tevens is de vraag gesteld of er bij iemand die zich niet kan verzetten, wegens hospitalisatie bijvoorbeeld, er toch sprake kan zijn van verzet.

Zij vinden het percentage van 46% dat in de conceptrapportage wordt genoemd als het aantal van de hulpverleners dat moeite heeft met het begrip 'verzet' overigens erg laag. Verwacht was een percentage van 100%.

De laatste groep wijst op het verband tussen het begrip 'verzet' en 'gewenning'. Beide begrippen dienen door het veld te worden ingevuld. Zij zijn het overigens eens met stelling 5, het

werkveld verzet zich ten onrechte tegen het begrip 'verzet'. Er is meer gevoeligheid voor verzet nodig.

Vervolgens komt nog een discussie op gang. Er wordt op gewezen dat er nog veel vrijheidsbeperkende maatregelen onder het begrip 'pedagogische maatregelen' worden gebracht. Deze worden bij gevolg niet geregistreerd en gemeld. Het is van belang dat goed genuanceerd wordt met betrekking tot deze maatregelen.

De Inspectie wijst erop dat goed hulpverlenerschap vereist dat bij elk vermoeden van verzet, geregistreerd en gemeld dient te worden. Zij zien het als geen enkel probleem om het gewoon als verzet te erkennen.

In aansluiting hierop wordt nog opgemerkt dat er ook gekeken moet worden, waarom er verzet is. Daar dient de nadruk op te liggen en niet op het al dan niet registreren en melden aan de Inspectie.

Daarmee komen we vanzelf bij het derde thema aan, de registratie en de melding.

De laatste opmerking die ten aanzien van het vorige thema is gemaakt, moet in het volgende licht worden gezien: Je dient te registreren en te melden om intern iets te kunnen veranderen, niet omdat het moet van de Inspectie. Het interne registratiesysteem dient gebruikt te worden als kwaliteitsinstrument. Er dient interne transparantie en uniformiteit te zijn. Dit blijkt in alle groepen naar voren te zijn gekomen. Het gaat erom wat je met de registratie doet. Het gaat er niet om dat het moet.

Ten aanzien van de rol van de Inspectie is in één groep opgemerkt, dat het interne registratiesysteem als geheel door de Inspectie zou dienen te worden gecontroleerd. Dit verdient de voorkeur boven het iedere keer apart melden van de toepassing van een middel of maatregel. De Inspectie heeft er wel heel erg er toe bijgedragen dat een cultuurverandering heeft plaatsgevonden. Maar nu dient het te gaan om een intern-kwaliteitssysteem.

De Inspectie wil het liefst een twee-slag houden: het melden van individuele toepassingen van middelen of maatregelen en daarnaast de voorgestelde systeembenadering.

De huisregels en beperkingen is het vierde thema. Dit blijkt maar in één groep aan de orde te zijn gekomen. Er is opgemerkt dat ze er wel zijn, maar dat ze niet allemaal opgeschreven zijn. Ter rechtvaardiging hiervan is opgemerkt dat je ze thuis toch ook niet opschrijft. Hier is weer tegen in gebracht, dat het nu eenmaal geen thuissituatie betreft.

Tenslotte, het laatste thema, de geschiktheid van de Wet Bopz.

Eén groep blijkt tussen scenario 1 en 2 te zitten. Ze willen in principe de wet handhaven, maar er dient wel een goede voorlichting te komen. Daarnaast dienen enkele begrippen hergedefinieerd te worden en de uitvoering van de wet dient verbeterd te worden. Een probleem zien zij in het instellingsgebonden karakter van de wet.

De andere twee groepen lijken tussen scenario 2 en 3 te zitten. De geest van de wet is goed en die dient ook zo te blijven. Zij zien echter wel voordelen in een aparte Zorgwet die daarnaast ook de waarborgen van de WGBO bevat. De wet zou ook uitgebreid moeten worden, de doelgroep moet verbreed worden. Daarnaast dient de terminologie aangepast te worden.

Kritiek wordt tevens geuit op het begrip 'geneesheer-directeur', dit is geen passend begrip voor deze sector. En de naamgeving van de wet moet ook veranderd worden.

Prof. Legemaate, de voorzitter, merkt op dat de opvattingen allemaal rond scenario 2 cirkelen.

Dat is opvallend, aangezien in de sector psychogeriatric de voorkeur naar scenario 3 leek uit te gaan.

Er wordt nog opgemerkt dat als er een nieuwe wet zou komen, het een wet dient te zijn die recht doet aan zelfbepaling en bescherming van de bewoners.

Prof. Legemaate dankt op zijn beurt alle aanwezigen voor hun komst en hun inbreng en sluit het middagedeelte en daarmee deze conferentie af.

Bijlage 3

Deelnemerslijst invitational conference 14 september 2001 'To Bopz or not to Bopz'

Naam	Instelling	Functie
Arends, L.	Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG, sectie gezondheidsrecht	Universitair docent gezondheidsrecht
Beekman, H.	Willem Pompe Instituut	Bopz-onderzoeker
Beekman, R.	LOC	Beleidsmedewerker
Berghmans, R.	Instituut voor Gezondheids-ethiek, Maastricht	Wetenschappelijk medewerker
Berlo, J. van	Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Bosch	Inspecteur voor de verpleeghuiszorg
Biesaat, M.	KNMG	Beleidsmedewerker gezondheidsrecht
Blankman, K.	Vrije Universiteit Amsterdam	Universitair docent, familierecht
Bouter, A.	's-Heeren Loo Lozenoord	Lid Raad van Bestuur
Dijkgraaf, A.	NVAZ/Stichting Bollenstreek Noordwijkerhout	AVG
Dute, J.	Universiteit Maastricht, sectie gezondheidsrecht	Universitair hoofddocent
Ewals, E.	NVAZ	Bestuurslid NVAZ en AVG
Frantzen, D.	LOC	Manager afdeling beleidsontwikkeling en belangenbehartiging
Frederiks, B.	Universiteit Maastricht, sectie gezondheidsrecht	Assistent in opleiding
Ginneken, P.	Trimbos-instituut	Senior wetenschappelijk medewerker
Graaf, J. van der	Inspectie voor de Gezondheidszorg, Arnhem	Inspecteur voor de gehandicaptenzorg
Groot, C. de	Trimbos-instituut	Junior wetenschappelijk medewerker
Helle, R.	Verpleeghuis Meerstate	Verpleeghuisarts
Hertogh, C.M.P.M.	Vrije Universiteit Amsterdam	Universitair docent verpleeghuisgeneeskunde
Hiel, J.	Verpleeghuis Naarderheem Swetterhage Gemiva-SVG Groep	Verpleeghuisarts Lid Raad van Bestuur
Hoogeboom, M.	Verzorgingshuis Stichting Maasduinen	Lid directie
Houweling, J.	Verpleeghuis Polderburen	Verpleeghuisarts
Hutten, O.	NVAZ	Bestuurslid NVAZ en AVG
Kaptein, H.	Verpleeghuis Antonius Ijsselmonde	Verpleeghuisarts
Kinderen, F. de	Verzorgingshuis Stichting Maasduinen	Hoofd zorg
Klapwijk, E.	Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag	Inspecteur gehandicaptenzorg

Legemaate, J.	Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG, sectie gezondheidsrecht	Hoogleraar gezondheidsrecht
Lodeweges-Hulscher, E.	Inspectie voor de Gezondheidszorg, Arnhem	Inspecteur-jurist
Melchior, M.	Inspectie voor de Gezondheidszorg, Maastricht	Inspecteur gehandicaptenzorg
Mes-Olijhoek, T.	NVVA	Beleidsmedewerker
Monden, J.		
Mulder, A.	Arcares	Beleidsmedewerker
Oudshoorn, H.	Groot-Schuylenburg	Staffunctionaris/Voorzitter commissie Bopz
Peters, A.	Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Bosch	Inspecteur-jurist
Roetering, E.	FvO	Beleidsmedewerker
Roode, R. de	KNMG	Beleidsmedewerker gezondheidsrecht
Schoemakers, A.	Inspectie voor de Gezondheidszorg, Maastricht	Inspecteur verpleeghuiszorg
Schuite, J.	Ministerie VWS, Directie verpleging, verzorging en ouderen	Beleidsmedewerker
Veen, J. van	Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag	Inspecteur verpleeghuiszorg
Waarde, H van	Verpleeghuis Polderburen	Verplegingswetenschapper, Bureau kenniscentrum
Waardt, J. de	Ministerie VWS	Beleidscoördinator ethiek
Wagemans, A.	Maasveld, Stichting St. Anna	AVG
Wedden, D. van der	Verpleeghuis Overduin	Verpleeghuisarts
Wettum, G. van	Noorderhaven	Sectormanager zorgondersteuning
Wijmen, F.	Universiteit Maastricht, sectie gezondheidsrecht	Hoogleraar gezondheidsrecht
Willemse, A.	Stichting Pepijn	Psycholoog
Zeijlstra, J.	VGN	Juridisch beleidsmedewerker

Evaluatie

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Deelonderzoek 4: Interne rechtspositie in de psychiatrie

Trimbos-instituut

Ada Blok
Sylvia Huwaë
Aart van der Horst
Hanneke van de Klippe
Marianne Donker

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	11
1.1 Achtergrond van het onderzoek	11
1.2 Probleemstelling	11
1.3 Onderzoeksopzet	12
1.3.1 Deelproject jurisprudentie, klachteninstanties en eisenstellende documenten	12
1.3.2 Deelproject zorgaanbieders	13
1.3.3 Deelproject patiënten	13
1.4 Onderzoeksmethode	14
1.5 Opbouw van het rapport	16
2 Jurisprudentie, uitspraken klachtencommissies en eisenstellingen documenten	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Jurisprudentieonderzoek	18
2.2.1 Dwangbehandeling	18
2.2.2 Ontbreken van overeenstemming	18
2.2.3 Verzet	18
2.2.4 Rechtsgrond voor dwangbehandeling	20
2.2.5 Opmars van het latente gevaar	21
2.2.6 Ernstig gevaar voor de patiënt zelf	22
2.2.7 Ernstig gevaar voor anderen	23
2.2.8 Subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid	25
2.2.9 De dubbele toetsing	27
2.2.10 Samenvatting en conclusies	29
2.3 Klachtencommissies	30
2.3.1 Inleiding	30
2.3.2 Problemen bij het toepassen van de wettelijke bepalingen inzake dwangbehandeling	30
2.3.3 'Volstrekt noodzakelijk'	30
2.3.4 'Ernstig gevaar'	31
2.3.5 'Verzet'	31
2.3.6 Overige begrippen	31
2.3.7 Samenvatting en conclusies	31
2.4 Eisenstellende documenten	32
2.4.1 Inleiding	32
2.4.2 Huisregels	32
2.4.3 Patiënteninformatiebrochures	39
2.4.4 Beleidsnota's en ziekenhuisprotocollen met betrekking tot (dwang) behandeling, middelen en maatregelen en vrijheidsbeperking	40
2.4.5 Meldings- en registratieformulieren middelen en maatregelen en dwangbehandeling	43
2.4.6 Samenvatting en conclusies	44

3	Ervaringen van beroepsbeoefenaren met de Wet Bopz	45
3.1	Inleiding	45
3.2	Implementatie Wet Bopz	45
3.3	Behandeling	46
3.3.1	Opneming	46
3.3.2	Overleg met de vorige behandelaars	47
3.3.3	Behandelingsplan	47
3.3.4	Informed consent	50
3.3.5	Melding aan de geneesheer-directeur	52
3.3.6	Wilsonbekwaamheid	52
3.3.7	Plaatsvervangende toestemming	53
3.4	Dwangtoepassing	54
3.4.1	Onderscheid dwangbehandeling en middelen en maatregelen in noodsituaties	54
3.4.2	Dwangbehandeling	55
3.4.3	Middelen en maatregelen ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties	58
3.4.4	Besluitvorming bij middelen en maatregelen	61
3.4.5	Melding en registratie	61
3.5	Vrijheidsbeperkingen	64
3.6	Klachtzaken	67
3.7	Seksespecifieke en etnische aspecten	67
3.8	Samenvatting en conclusies	69
4	Behartigers van belangen van patiënten	73
4.1	Inleiding	73
4.2.	Informatieverstrekking	74
4.3	Behandelingsplan	75
4.4	Wilsonbekwaamheid art. 38.2 Bopz	78
4.5	Dwangbehandeling art. 38.5 Bopz	79
4.6	Middelen en maatregelen art. 39 Bopz	80
4.7	Vrijheidsbeperkingen ex art. 40 Bopz	81
4.8	Seksespecifieke en etnische aspecten	82
4.9	Samenvatting en conclusies	83
5	Aanbevelingen	85
	Literatuur	89
	Afkortingen	91
	Bijlagen	
1	Overzicht materiaal bij paragraaf 2.4 'Eisenstellende documenten'	93
2	Begripsomschrijvingen	95

Samenvatting

I. Inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van het onderzoek naar het functioneren van de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz in de praktijk van de psychiatrische instellingen. Centraal daarbij staan de artikelen 37 tot en met 40 van de Wet Bopz welke voorschriften bevatten omtrent de informatieverstrekking aan de patiënt, behandeling, dwangtoepassing en vrijheidsbeperking.

Onderzocht zijn Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ-en), Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ-en) en Psychiatrische Universiteitsklinieken (PUK-en). De onderzoeksmethode is kwalitatief van opzet en sluit in dit opzicht aan bij het eerste evaluatieonderzoek, dat in 1996 werd verricht. Dit betekent dat de resultaten geen getalsmatig inzicht geven in de omvang van gesignaleerde ontwikkelingen.

Schriftelijke bronnen zijn geanalyseerd, te weten: jurisprudentie van rechtbanken en klachtencommissies over de periode van 1997 – 2000 en eisenstellende documenten van een tiental psychiatrische instellingen met betrekking tot genoemde wetsartikelen. Daarnaast zijn diepte-interviews gehouden met zowel zorgaanbieders als met behartigers van patiëntenbelangen en heeft een schriftelijke enquête plaatsgevonden onder klachtencommissies naar hun ervaringen met de interpretatie van de cruciale begrippen uit de regeling van dwangbehandeling.

Het onderzoek bestaat uit drie deelprojecten:

- 1 Deelproject jurisprudentie en klachtencommissies en eisenstellende documenten. Hierin is nagegaan welke ontwikkelingen de jurisprudentie te zien geeft met betrekking tot de interne rechtspositieregeling en in hoeverre de eisenstellende documenten van de instellingen (zoals protocollen en huisregels) voldoen aan de in de Wet Bopz gestelde eisen. Tevens worden in dit deelproject de resultaten van de onder klachtencommissies gehouden enquête gepresenteerd.
- 2 Deelproject zorgaanbieders. Door middel van interviews met behandelaars, verpleegkundigen en geneesheren-directeur wordt een beeld geschetst van hun opvattingen over en ervaringen met de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz.
- 3 Deelproject patiënten. Hoe de patiënten de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz ervaren en beschouwen wordt in beeld gebracht door middel van interviews met mentoren en curatoren, patiëntenvertrouwenspersonen, cliëntenraden en patiëntenbelangenorganisaties.

Bij de deelprojecten 2 en 3 is aandacht besteed aan seksespecifieke en etnische aspecten.

In het navolgende wordt in onderdelen een samenvatting gegeven van de inhoud van het rapport, waarbij de volgorde van de relevante artikelen van de Wet Bopz is aangehouden. Onderdeel II handelt over art. 37 van de Wet Bopz; de informatieverstrekking aan de patiënt. In onderdeel III wordt stilgestaan bij de praktijk van artikel 38; behandeling en dwangbehandeling. De jurisprudentie is voornamelijk in dit onderdeel verwerkt. De onderdelen IV en V hebben betrekking op de artikelen 39 en 40, waarin respectievelijk middelen en maatregelen en vrijheidsbeperkingen aan de orde komen. De samenvatting van de resultaten met betrekking tot seksespecifieke en etnische aspecten is in onderdeel VI te lezen. In onderdeel VII wordt afgesloten met enkele aanbevelingen.

II. Artikel 37: huisregels en informatie over rechten

Juridisch kader

De Bopz-instelling behoort de patiënt en zijn relevante relaties, te weten de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger en naaste familie, te voorzien van belangrijke informatie. Het gaat hierbij om een schriftelijk overzicht van de huisregels en van de rechten die de patiënt toekomen, waaronder het adres waar art. 41-klachten kunnen worden ingediend. Dit overzicht dient zo spoedig mogelijk na opname te worden uitgereikt.

Voorts worden in het Besluit rechtspositieregelen Bopz eisen gesteld aan de huisregels. Deze mogen de vrijheid van handelen van de patiënt niet verder beperken dan voor de goede orde in het ziekenhuis noodzakelijk is. Aanwijzingen op grond van behandelingsoverwegingen horen niet in de huisregels thuis, evenmin als sancties op bijvoorbeeld het overtreden van huisregels. Behalve het wettelijk kader, is in het onderzoek ook het op de wet gebaseerde Model huisreglement van GGZ Nederland bij de toetsing betrokken.

Praktijk

Ten opzichte van het in 1996 gehouden evaluatieonderzoek hebben de instellingen merkbaar vorderingen gemaakt op het gebied van de huisregels, al valt er nog wel het nodige aan te verbeteren. Bijna alle benaderde instellingen zonden huisregels toe. Van enkele, met name PAAZ-en en PUK-en, werden geen huisregels ontvangen. Slechts de helft van de instellingen zond patiënteninformatiebrochures in, waarin een overzicht van de rechten van de patiënt wordt gegeven. De inhoud van de huisregels en brochures voldoet grotendeels aan de wettelijke eisen al zijn er enkele, gelet op de resultaten van het vorig onderzoek kennelijk hardnekkige, afwijkingen geconstateerd. Nog steeds zijn er instellingen waar de bewegingsvrijheid van patiënten onrechtmatig wordt beperkt. De gesloten afdelingen blijken veelal een regime te hanteren, waarbij elke patiënt na opname eerst een korte periode de afdeling niet mag verlaten. Met name ten aanzien van IBS-patiënten werd een dergelijke standaard beperking nogal eens in huisregels en informatiebrochures aangetroffen. Voorts is geconstateerd dat er nog steeds zaken in de huisregels worden geregeld die daarin niet thuishoren, zoals behandelvisies, absolute alcoholverboden, verboden op persoonlijke en intieme relaties, sancties en te vergaande beperkingen in de handelingsvrijheid van de patiënt. Enkele instellingen geven wel heel dwingende regels voor hoe de patiënt zich in het algemeen behoort te gedragen. In de patiënteninformatiebrochures komt met name over dwangtoepassing onvolledige, verwarrende en soms ook onjuiste informatie voor en laat de beschrijving van het klachtrecht te wensen over. Bovendien is in het algemeen de informatie over de aan de patiënt toekomende rechten dikwijls onvolledig en (te) summier weergegeven.

III. Artikel 38 : Behandeling en dwangbehandeling

Juridisch kader

Ingevolge art. 38 Wet Bopz moet zo spoedig mogelijk na opname in overleg met de patiënt een behandelingsplan worden opgesteld. De behandelaar moet hierover tevens overleg plegen met de vorige behandelaar en de huisarts van de patiënt. Indien de patiënt wilsonbekwaam is, moet bovendien over het behandelingsplan overleg worden gepleegd met de wettelijke vertegenwoordiger, de door de patiënt schriftelijk gemachtigde, de echtgenoot of een ouder, kind, broer of zus van de patiënt. Zonder informed consent kan geen behandeling worden toegepast, tenzij en voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt zelf of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden. Indien een wilsonbekwame patiënt zich verzet tegen een behandelingsplan waarvoor de vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven, kan dit toch alleen worden toegepast indien voldaan is aan de hierboven

weergegeven criteria voor dwangbehandeling.

Dwangbehandeling dient uiterlijk bij het begin ervan te worden gemeld aan de inspecteur en zo spoedig mogelijk aan de vertegenwoordiger. De inspecteur moet na afloop van de dwangbehandeling onderzoeken of de beslissing tot dwangbehandeling zorgvuldig is genomen en of de uitvoering ervan zorgvuldig is geschied. Ingevolge art. 56 Wet Bopz dient het behandelingsplan te zijn opgenomen in het patiëntendossier, waarin tevens maandelijkse voortgangsaantekeningen moeten worden vastgelegd. Ook de beslissing tot dwangbehandeling dient gemotiveerd in het behandelingsplan te worden aangetekend.

Praktijk

De onderzochte jurisprudentie uit de periode 1997-2000 laat, evenals ten tijde van het eerste evaluatieonderzoek, een tamelijk verbrokkeld beeld zien. Tendensen die voorzichtig naar voren zijn gekomen, zijn dat de criteria voor dwangbehandeling thans wat enger lijken te worden geïnterpreteerd dan in de vroege art. 41-jurisprudentie het geval was en dat de gedachte dat de wilsonbekwaamheid van de patiënt een voorwaarde is voor legitimiteit van de dwangbehandeling, terrein lijkt te winnen. Net als bij de eerste evaluatie, is naar voren gekomen dat toetsing aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid niet structureel plaatsvindt. Indien toetsing aan genoemde beginselen wel plaatsvindt, lijkt zich een lichte tendens af te tekenen om daarin de afwending van het gevaar door de gedwongen opname als zodanig te betrekken. Het fenomeen van de zogenaamde 'dubbele toetsing' heeft gedurende de periode 1997-2000 geleidelijk zijn intrede gedaan en lijkt in toenemende mate een ingang te vinden in de rechtspraak. De ontwikkeling van de dubbele toetsing is feitelijk een antwoord van de praktijk op de in het rapport gesignaleerde lacune in rechtspositioneel opzicht in de regeling van dwangbehandeling in de WGBO, waardoor het thans soms wenselijker is om een dwangbehandeling die onder het regime van de WGBO zou moeten worden toegepast, onder het regime van de Wet Bopz te brengen.

Een meerderheid van de klachtencommissies die deelnamen aan een schriftelijke enquête gaf aan geen problemen te hebben bij het interpreteren van de Bopz-criteria voor dwangbehandeling. Dit beeld lijkt evenwel te zijn vertekend door gebrek aan ervaring met de materie bij de PUK- en PAAZ-klachtencommissies die hun medewerking verleenden. De klachtencommissies die aangaven wel problemen te hebben met de interpretatie van de criteria voor dwangbehandeling – een derde van het totaal – hebben de meeste moeite met het begrip 'ernstig gevaar'. Ten aanzien van dat begrip en van de begrippen 'volstrekt noodzakelijk' en 'verzet' heeft men behoefte aan een duidelijker begrenzing en definitie.

In tegenstelling tot ten tijde van het eerste evaluatieonderzoek, lijkt het opstellen van een schriftelijk behandelingsplan thans vrijwel overal plaats te vinden. Bovendien komt het behandelingsplan nu doorgaans direct na opname tot stand. Het is echter niet altijd duidelijk of er wat betreft de inhoud en het doel daadwerkelijk sprake is van een behandelingsplan in de zin van de wet. Het verplichte overleg over het behandelingsplan met de vorige behandelaar en de huisarts is eveneens meer ingeburgerd geraakt. Hetzelfde geldt voor het benaderen van de (wettelijke) vertegenwoordiger van de patiënt voor plaatsvervangende toestemming indien er sprake is van wilsonbekwaamheid. De invulling van het begrip wilsonbekwaamheid levert echter problemen op en uit het onderzoek van de eisenstellende documenten is gebleken dat de vertegenwoordigersregeling onduidelijkheden oproept en dientengevolge niet altijd juist wordt geïnterpreteerd en toegepast. Het principe van informed consent en de verplichting om zo spoedig mogelijk na opname een behandelingsplan op te stellen worden door de beroepsbeoefenaren als problematisch ervaren bij crisisopnamen, als de patiënt verward en psychotisch wordt binnengebracht. Ook in de ouderenpsychiatrie wordt dit onderdeel als moeilijk werkbaar

ervaren. Het feit dat in de Wet Bopz dwangopneming niet tot dwangbehandeling legitimeert wordt als een knelpunt ervaren, evenals de grens tussen de WGBO en de Wet Bopz met betrekking tot de somatiek. Het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen wordt positief beoordeeld, maar is lang niet altijd helder. Dit komt uit de afzonderlijke deelprojecten als de grootste gemene deler nadrukkelijk naar voren. De criteria voor beide dwanginterventies worden veelvuldig door elkaar gehaald. Met name blijkt men moeite te hebben met de interpretatie van de criteria voor dwangbehandeling. Men lijkt sinds de vorige evaluatie negatiever te zijn gaan denken over de hanteerbaarheid van het begrip 'ernstig gevaar', omdat dit te eng geformuleerd zou zijn. Mogelijk houdt de bevinding dat soms buitenwettelijke criteria voor dwangtoepassing, zoals gevaar voor materiële zaken, blijken te worden gehanteerd, hiermee verband. Een opvallend verschil in vergelijking met de eerste evaluatie is dat het overgrote merendeel van de instellingen thans over op de Wet Bopz geënte inhoudelijke beleidsstukken blijkt te beschikken. Bij de de PAAZ-en werd echter op dit punt een duidelijke achterstand geconstateerd. De meldings- en registratieverplichtingen ten aanzien van dwangbehandeling en de verslaglegging hiervan in het patiëntendossier lijken nogal eens niet correct te worden uitgevoerd. Met name het informeren van de (wettelijke) vertegenwoordiger lijkt nog niet te zijn ingeburgerd.

Indien er gemeld wordt aan de inspecteur, missen de beroepsbeoefenaren dikwijls actie of reactie van die zijde. Zij geven aan hier wel behoefte aan te hebben. Dwangbehandeling wordt vanuit de optiek van de patiënt gezien als de meest ingrijpende maatregel waarmee men te maken kan krijgen in het psychiatrisch ziekenhuis.

Een aan (dwang)behandeling verwant onderwerp betreft de kwestie wanneer een IBS moet worden geïnitieerd, indien dwangtoepassing noodzakelijk wordt geacht jegens een vrijwillig opgenomen patiënt. Het lijkt erop dat hier nogal eens te laat of helemaal niet toe wordt overgegaan.

IV. Artikel 39: Middelen en maatregelen

Juridisch kader

In tijdelijke noodsituaties die veroorzaakt worden door de stoornis van de patiënt en die niet in het behandelingsplan zijn voorzien, mag het ziekenhuis tegen de wil van de patiënt bepaalde middelen en maatregelen toepassen. In het Besluit middelen en maatregelen Bopz wordt aangewezen welke middelen en maatregelen mogen worden toegepast: afzondering, separatie, medicatie en toediening van vocht of voeding. Toepassing van middelen en maatregelen mag niet langer dan 7 dagen duren. Voortzetting daarna is alleen toegestaan als onderdeel van de (dwang)behandeling en behoort dan opgenomen te worden in het behandelingsplan. De geneesheer-directeur wordt geacht van een dergelijk ingrijpen op de hoogte te zijn; hij dient voorts zo spoedig mogelijk bepaalde relaties van de patiënt en de Inspectie te informeren. De toepassing van middelen en maatregelen dient te worden aangetekend in het patiëntendossier en te worden geregistreerd in een speciaal daartoe bestemd M&M-register.

Het begrip 'noodsituatie' is niet in de wet gedefinieerd. Uit de Nota van Toelichting bij het Besluit middelen maatregelen Bopz blijkt dat bedoeld is: gevaar voor de patiënt en anderen. Uit het model-register van de overheid kan evenwel worden afgeleid dat ook 'gevaar voor materiële zaken' en 'andere redenen' toepassing van middelen en maatregelen zouden kunnen rechtvaardigen. Uitgangspunt is dat de behandelend arts de beslissing tot toepassing van middelen en maatregelen neemt of diens vervanger of, indien deze niet direct beschikbaar zijn, het verpleegkundig afdelingshoofd of diens vervanger. In het laatste geval behoort zo snel mogelijk een arts de verantwoordelijkheid voor de beslissing over te nemen.

Praktijk

Behandelaars vinden dat de wet onduidelijk is over het begrip 'tijdelijke noodsituatie'. Zij blijken dit dan ook verschillend en niet altijd Bopz-conform te interpreteren. Zo wordt nogal eens 'gevaar voor materiële zaken' aangetroffen als grond voor toepassing van middelen en maatregelen en duikt het criterium 'ernstig gevaar' regelmatig op in relatie tot noodsituaties. Indien somatische klachten aanleiding vormen tot het toepassen van middelen en maatregelen, weten de behandelaars vaak niet welk rechtsregime van toepassing is (de WGBO of de Wet Bopz). Enigszins in tegenspraak hiermee, geeft men aan met de uitvoering weinig problemen te hebben. De woordvoerders van de kant van de patiënten hebben zo hun twijfel over de juistheid van de gronden waarop in de praktijk middelen en maatregelen worden toegepast. Tevens wijzen zij op de gevolgen voor de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts indien laatstgenoemde besluit tot toepassing van middelen en maatregelen. Overigens blijkt de beslissing tot toepassing van middelen en maatregelen in eerste instantie vaak te worden genomen door de dienstdoende verpleegkundigen. Separatie blijkt het meest te worden toegepast als middel en maatregel, gevolgd door gedwongen medicatie. Separatie en dwangmedicatie worden zowel in het eerste als in het huidige evaluatieonderzoek als de meest voorkomende gecombineerde toepassing van middelen en maatregelen genoemd. Merkwaardig is dat beroepsbeoefenaren er soms ten onrechte van uit lijken te gaan dat er een verschil is in hiërarchie tussen de verschillende middelen en maatregelen. Verpleegkundigen en patiëntenbelangenbehartigers melden problemen bij de uitvoering van middelen en maatregelen, zoals gebrekkige faciliteiten en de personele bezetting.

Met de voorkeur van de patiënt voor een bepaalde middel en maatregel lijkt thans, in vergelijking met de resultaten van het eerste onderzoek, meer rekening te worden gehouden.

Veel ziekenhuizen hebben zelf varianten van middelen en maatregelen ingevoerd in hun eisenstellende documenten. Zo komen middelen en maatregelen voor met en zonder verzet van de patiënt en middelen en maatregelen met toestemming van de patiënt (de zogenaamde "M&M-accord). De toevoegingen 'verzet' en 'wel of geen toestemming' hebben geen wettelijke basis en zijn niet van invloed op de vraag of er sprake is van middelen en maatregelen¹.

Bepalend voor het antwoord op die vraag is immers, of er sprake is van de overbrugging van een tijdelijke noodsituatie. Deze varianten kunnen voor verwarring zorgen. De formulieren voor melding en registratie voldoen ook op andere onderdelen niet aan de vereisten. Zo wordt in 70% van de meewerkende instellingen voor de melding van de aanvang en beëindiging van dwangtoepassing één en hetzelfde formulier gehanteerd, hetgeen te denken geeft of melding altijd wel "zo spoedig mogelijk na het begin" van de toepassing van middelen en maatregelen geschiedt. De melding aan de relevante relaties van de patiënt en de Inspectie lijkt dan ook niet altijd op Bopz-conforme wijze te geschieden. Slechts sporadisch stelt Inspectie een nader onderzoek in over een toepassing van middelen en maatregelen.

Grotendeels komen de bevindingen overeen met het onderzoek van 1996.

V. Artikel 40 Vrijheidsbeperkingen

Juridisch kader

De rechten van patiënten op het ontvangen van bezoek, bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis en vrij telefoonverkeer mogen op bepaalde gronden door het ziekenhuis worden beperkt. Die gronden zijn: ernstig gevaar voor de gezondheidstoestand van de patiënt, voorkoming van ordeverstoring in het ziekenhuis en voorkoming van strafbare feiten. Beperking van

¹ Over de vraag of 'verzet van de patiënt' deel uitmaakt van de definitie van middelen en maatregelen kan ook anders geoordeeld worden. Verdedigbaar is dat, indien verzet van de patiënt ontbreekt, er sprake is van een overeengekomen behandeling die buiten de toepassings sfeer van art. 39 Bopz valt. In het belang van de eenvormigheid is er in dit rapport voor gekozen aan te sluiten bij het in dezen ingenomen standpunt in de eerste evaluatie.

vrije briefwisseling is niet toegestaan; poststukken mogen – in aanwezigheid van de patiënt – slechts worden gecontroleerd op meegezonden voorwerpen. Vrijheidsbeperkingen mogen niet in de huisregels worden opgenomen.

Praktijk

Net als bij de eerste evaluatie, is ook thans gebleken dat beperkingen ex art. 40 Wet Bopz vergeleken met de artikelen 38 en 39 in de praktijk bijzonder weinig aandacht krijgen. Slechts een vijfde van de meewerkende instellingen besteedt überhaupt aandacht aan dit onderwerp in hun eisenstellende documenten. De bekendheid met de drie wettelijke gronden voor vrijheidsbeperkingen blijkt bij de beroepsbeoefenaren dan ook gering te zijn. Beperking van de bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis blijkt de meest opgelegde beperking te zijn. Deze beperking lijkt in veel gevallen niet overeenkomstig de Wet Bopz te worden toegepast. Patiënten die op een gesloten afdeling worden opgenomen, mogen vaak pas na verloop van tijd 'afhankelijk van hoe het gaat' de afdeling verlaten. Patiënten die met een IBS zijn opgenomen worden dikwijls standaard tot de afdeling in hun bewegingsvrijheid beperkt. Dit blijkt zowel uit de analyse van de eisenstellende documenten, als uit bijna alle interviews. Men vindt het recht op bewegingsvrijheid vooral bij IBS-patiënten niet verenigbaar met het gevaar dat tot de dwangopname heeft geleid. Praktische problemen, zoals de bouwkundige situatie en het gebrek aan begeleidend personeel, spelen voorts een belangrijke rol bij het niet verlenen van bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis aan IBS-patiënten. In de praktijk ervaart men de wet op dit punt moeilijk uitvoerbaar. Het aan de geneesheer-directeur melden van het opleggen van vrijheidsbeperkingen lijkt, in tegenstelling tot hetgeen ten tijde van het eerste evaluatieonderzoek het geval was, nu gangbaar te zijn.

Beperkingen in het recht op vrij telefoonverkeer en op het ontvangen van bezoek komen in de praktijk ook voor, zij het in veel mindere mate. Uit de verklaringen van de respondenten kan worden opgemaakt dat dit doorgaans conform de wet gebeurt. Over de controle van poststukken is geen informatie verkregen; vermoedelijk komt dit in de praktijk nauwelijks voor.

Helaas blijken vrijheidsbeperkingen, die uitsluitend op grond van art. 40 van de wet of in het kader van het behandelingsplan mogen worden toegepast, nog veelvuldig voor te komen in de huisregels.

VI. Seksespecifieke en etnische aspecten

Het onderzoek naar seksespecifieke en etnische aspecten heeft zich beperkt tot het verzamelen van de ervaringen van beroepsbeoefenaren en behartigers van patiëntenbelangen op dit gebied. Hoewel deze respondenten structureel hierop zijn ondervraagd, bleef het aantal inhoudelijke reacties beperkt en kunnen de hier gepresenteerde resultaten niet representatief worden geacht. Dit heeft niet veel duidelijkheid verschaft over de vraag in hoeverre de rechtspositie van de patiënt in de praktijk door de sekse of etniciteit beïnvloed wordt. Men is het er wel over eens dat deze aspecten een rol spelen in het verblijf en de behandeling. Patiënten die vanwege hun herkomst van buiten Nederland taalproblemen hebben zullen minder van de behandeling begrijpen; vrouwen die slachtoffer zijn van een zedendelict, zijn extra kwetsbaar op gemengde afdelingen. Allochtone patiënten zullen bovendien ziekte en behandeling op een andere wijze beleven en anders tegenover dwang en klachtrecht staan dan autochtonen. Respondenten waren ervan overtuigd dat rekening gehouden moet worden met deze aspecten in met name de behandeling en de communicatie en dat hier tot dusver te weinig aandacht aan besteed is. Beroepsbeoefenaren bevelen aan hiervoor een specialistisch (kennis-)centrum op te zetten.

1

Inleiding

1.1 Achtergrond van het onderzoek

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) zal begin 2002 voor de tweede maal geëvalueerd worden. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Justitie dienen hierover aan de Tweede Kamer te rapporteren. Om deze rapportage aan de Kamer voor te bereiden, heeft een aantal onderzoeksinstellingen en onderzoeksbureaus van het programma Evaluatie Regelgeving van ZorgOnderzoek Nederland (thans ZonMw) opdracht ontvangen om onderzoek uit te voeren.

Op basis van resultaten van de in te stellen onderzoeken zal een begeleidingscommissie aan de beide ministers advies uitbrengen over de werking van de Wet Bopz in de praktijk. Mede op basis van dit advies zullen de ministers dan hun standpunt ten aanzien van de Wet Bopz bepalen. Dit standpunt zullen de ministers met de Tweede Kamer bespreken. Uit deze bespreking zullen mogelijk wijzigingen in de Wet Bopz voortvloeien.

Het Trimbos-instituut heeft onder meer opdracht gekregen om onderzoek te doen naar de interne rechtspositieregeling in de psychiatrie.

1.2 Probleemstelling

Het doel van dit deelonderzoek is tweeledig. In de eerste plaats wordt nagegaan of de implementatie van de interne rechtspositieregeling in de psychiatrie in vergelijking met de eerste evaluatieronde is verbeterd. In de tweede plaats worden structurele knelpunten in de omgang van betrokkenen met de voorschriften uit de interne rechtspositieregeling opgespoord.

Op grond van deze tweeledige doelstelling kan de volgende vraagstelling geformuleerd worden: Hoe wordt thans, zeven jaar na invoering van de Wet Bopz, invulling gegeven aan de artikelen 38, 39 en 40 Bopz en zijn er structurele knelpunten bij de implementatie van deze artikelen te onderkennen? De kern van de interne rechtspositieregeling bestaat uit de voorschriften voor behandeling, dwangbehandeling, de toepassing van middelen en maatregelen in noodsituaties, en vrijheidsbeperking.

Uit de vraagstelling kunnen vervolgens de onderstaande deelvragen² afgeleid worden:

- 1 Zijn de eisenstellende documenten en de huisregels thans in overeenstemming met de voorschriften van de artikelen 38-40 Bopz?
- 2 Hoe gaat de praktijk om met de voorschriften voor informed consent, dwangbehandeling, de toepassing van middelen en maatregelen en vrijheidsbeperkingen?

² In het onderzoek dat door iBMG uitgevoerd wordt, komt de wijze waarop de Inspectie invulling geeft aan haar toezichhoudende taak inzake dwangbehandeling en de toepassing van middelen en maatregelen, aan de orde.

- 3 Hoe gaat de praktijk om met het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen?
- 4 Verschafft de jurisprudentie inzake de rechtspositionele voorschriften thans meer helderheid dan in 1996?
- 5 Hoe gaan ziekenhuizen om met uitspraken van klachtencommissies en met rechterlijke uitspraken?
- 6 Hoe worden de voorschriften voor behandeling, dwangtoepassing en vrijheidsbeperking door patiënten en hun belangenbehartigers ervaren en gewaardeerd?

Bovenstaande deelvragen zijn gegroepeerd in drie deelprojecten, waarin het uiteenlopende perspectief van alle betrokken partijen aan bod komt.

1.3 Onderzoeksopzet

De drie deelprojecten waaruit het onderzoek bestaat, zijn:

- 1 Deelproject jurisprudentie en klachteninstanties en eisenstellende documenten;
- 2 Deelproject zorgaanbieders;
- 3 Deelproject patiënten.

De resultaten uit de drie deelprojecten geven tezamen een beeld van de werking van de interne rechtspositieregeling in de praktijk. Gekozen is voor een kwalitatieve aanpak. Daarmee wordt aangesloten bij de werkwijze die werd gevolgd in het project 'Interne rechtspositie psychiatrie' dat in het kader van de eerste evaluatie werd uitgevoerd (De Vries, Roering en Van de Klippe, 1996). Een voordeel van deze aanpak is dat de onderzoeksresultaten kunnen worden vergeleken met de eerdere bevindingen, zodat een beeld kan worden verkregen van de voortgang van het implementatieproces. De kwalitatieve werkwijze houdt in dat ontwikkelingen ten aanzien van de Wet Bopz naar hun aard en inhoud gesignaleerd en in kaart gebracht worden, maar dat er geen precies antwoord kan gegeven worden op de vraag in welke omvang deze ontwikkelingen zich voordoen.

Zoals gezegd, is er in dit onderzoek naar gestreefd om het uiteenlopende perspectief van alle betrokken partijen in drie deelprojecten tot uitdrukking te brengen. Deze deelprojecten worden hieronder toegelicht.

1.3.1 Deelproject jurisprudentie, klachteninstanties en eisenstellende documenten

In dit deelproject wordt nagegaan hoe klachteninstanties en rechters cruciale begrippen uit de regeling van dwangbehandeling (art. 38 lid 5) in de periode 1997-2000 hebben ingevuld. Hierbij gaat het om interpretatie van de begrippen 'verzet', 'volstreckte noodzaak' en 'ernstig gevaar voor de patiënt of anderen'. De regeling van dwangbehandeling vormt verreweg het meest omstreden onderdeel van de interne rechtspositieregeling, zodat hier de nadruk op is gelegd. Uit het eerste evaluatieonderzoek naar de interne rechtspositie in de psychiatrie (De Vries, Roering en Van de Klippe, 1996) en de dissertatie van Van de Klippe (1997) is gebleken dat de grenzen waarbinnen de praktijk zich bij het toepassen van dwang(behandeling) dient te bewegen, uit de jurisprudentie niet helder naar voren komen. In dit deelproject is onderzocht of de jurisprudentie thans een duidelijker richting aangeeft. Tevens komt in het jurisprudentieonderzoek de vraag aan de orde in hoeverre rechters bij de afgifte van een Rechterlijke Machtiging (RM) onderscheid maken tussen gedwongen opname en dwangbehandeling/dwangtoepassing. In samenwerking met het iBMG is een aantal klachtencommissies gevraagd naar hun ervaringen met de interpretatie van de genoemde begrippen uit de regeling van dwangbehandeling. De resultaten van deze enquête worden in dit deelproject weergegeven. Het deelproject wordt afgesloten met een analyse van de uit tien psychiatrische instellingen afkomstige, eisenstellende documenten. Hierbij is de mate waarin instellingsdocumenten met de rechtspositionele

voorschriften overeenstemmen onderzocht. De nadruk is gelegd op de vraag in hoeverre de Bopz-voorschriften op het punt van behandeling, dwangtoepassing en vrijheidsbeperking inmiddels in beleidsnota's, protocollen en dergelijke zijn neergelegd. Tevens zijn de huisregels van deze instellingen onderzocht en aan de Bopz-voorschriften getoetst.

1.3.2. Deelproject zorgaanbieders

In dit deelproject is o.a. een inventarisatie gemaakt van de ervaringen van ziekenhuismedewerkers met de Bopz-voorschriften over informed consent, behandeling, dwangbehandeling, middelen en maatregelen en vrijheidsbeperkingen (deelvraag 2). Voorts is onderzocht hoe de praktijk omgaat met het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen (deelvraag 3). De bekendheid met de interne rechtspositieregeling, de interpretatie en de toepassing ervan, de mate van acceptatie en eventuele knelpunten zijn in de interviews getoetst. Daarnaast is er in het onderzoek aandacht besteed aan seksspecifieke en etnische aspecten en aan uitspraken van klachtencommissies en rechters (deelvraag 5). Deelnemers aan dit deelonderzoek waren: geneesheren-directeur³, behandelaars en verpleegkundigen van Bopz-instellingen. Uit alle Bopz- instellingen in Nederland is hiertoe een steekproef getrokken: zes instellingen hebben meegewerkt aan het onderzoek. Er is op gelet dat drie soorten instellingen (Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen, Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen en Psychiatrische Afdelingen van Academische Ziekenhuizen) in de steekproef vertegenwoordigd zijn.

1.3.3 Deelproject patiënten

In dit deelproject is nagegaan hoe de voorschriften over behandeling, dwangbehandeling, de toepassing van middelen en maatregelen en vrijheidsbeperking door de betrokken patiënten en hun belangenbehartigers worden ervaren en gewaardeerd (deelvraag 6). Omdat de hoofddoelstelling van de Wet Bopz is versterking van de rechtspositie van de patiënt, behoren bij de evaluatie van deze wet ook gevoelens en ervaringen te worden betrokken van de mensen wier rechtspositie het betreft. De volgende mensen werden bij dit deelonderzoek benaderd: patiëntenvertrouwenspersonen, leden van cliënten - of bewonersraden en plaatsvervangende beslissers ten behoeve van wilsonbekwame patiënten. Het lag in de bedoeling om ook onvrijwillig opgenomen patiënten aan het woord te laten, zoals dat ook bij de eerste evaluatieronde is gebeurd. Als gevolg van een uitspraak van de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Trimbos-instituut⁴, hebben wij daarvan afgezien. Als alternatief voor de patiënten zijn er vijf patiëntenbelangenorganisaties benaderd voor het onderzoek. Net als in het deelproject zorgaanbieders komen ook hier seksspecifieke en etnische aspecten aan de orde.

³ In dit rapport wordt de term geneesheer-directeur in de zin van de Wet Bopz gehanteerd. Een eerste geneeskundige, een hoofd van de afdeling of een chef de clinique die de functie van geneesheer-directeur vervult, wordt eveneens met deze term aangeduid.

⁴ De Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) heeft bij de beoordeling van het onderzoeksvoorstel beslist dat de interviews onder de Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek met Mensen (WMO) vallen. Gevolg hiervan is dat er aan een twee eisen moet worden voldaan, namelijk toestemming vragen van de medisch ethische commissies van alle zes ziekenhuizen en afsluiten van een verzekering voor de te interviewen patiënten. De eerste eis zou tot onaanvaardbare vertraging hebben geleid, de tweede bleek moeilijk te realiseren. Om deze reden is er van afgezien interviews te houden met patiënten.

1.4 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek is gekozen voor twee onderzoekstechnieken: documentenanalyse en semi-gestructureerde interviews. Beide onderzoekstechnieken worden hieronder toegelicht.

1.4.1 Documentenanalyse

Ten behoeve van de jurisprudentieanalyse zijn in totaal 25 in Bopz Jurisprudentie en kwartaalblad Bopz Jurisprudentie gepubliceerde uitspraken van klachtencommissies en rechtbanken in klachtzaken met betrekking tot de artikelen 38-40 Wet Bopz uit de periode 1997-2000 bestudeerd en geanalyseerd. Hierbij is in het bijzonder aandacht geschonken aan de interpretatie van de begrippen 'verzet', 'ernstig gevaar' en 'volstrekt noodzakelijk' uit de regeling van dwangbehandeling (art. 38 lid 5 Wet Bopz). Daarnaast zijn zeven uitspraken van rechtbanken en twee beschikkingen van de Hoge Raad, alsmede een zestal in kBJ en BJ gepubliceerde annotaties onder rechterlijke uitspraken bestudeerd in het kader van de beantwoording van de vraag in hoeverre rechters bij de afgifte van een Rechterlijke Machtiging een onderscheid maken tussen gedwongen opname en dwangbehandeling/dwangtoepassing. Dit betreft de kwestie van de RM ter legitimering van dwangtoepassing.

In samenwerking met iBMG zijn enquêteformulieren verzonden naar de klachtencommissies van 29 Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ), 3 Psychiatrische Universiteits Klinieken (PUK) en 9 Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ). 25 ingevulde formulieren werden retour gezonden, waarvan er 19 afkomstig waren van APZ-en, 5 van PAAZ-en en één van een PUK. Via de enquêteformulieren zijn de klachtencommissies ondervraagd over hun mening over de problemen bij het toepassen van de wettelijke bepalingen inzake dwangbehandeling, waarbij de nadruk lag op de interpretatie van de eerder genoemde cruciale begrippen uit de regeling van dwangbehandeling.

De zes psychiatrische instellingen waar de interviews zijn gehouden en vier andere is verzocht eisenstellende documenten, zoals beleidsnota's en protocollen met betrekking tot behandeling, dwangtoepassing en vrijheidsbeperking, alsmede schriftelijk informatiemateriaal voor patiënten en de huisregels, te verstrekken. Alle instellingen hebben aan dit verzoek gehoor gegeven. De documenten zijn bestudeerd en geanalyseerd, waarbij met name is onderzocht of deze interne documenten thans in overeenstemming zijn met de artikelen 38-40 Wet Bopz.

1.4.2 Interviews

In de periode januari 2001 tot en met juli 2001 zijn er gesprekken gevoerd met zorgaanbieders en patiëntenbelangenbehartigers. Voor de interviews werd gebruik gemaakt van een semi-gestructureerd interviewschema. De gesprekken met de respondenten hadden een individueel karakter met uitzondering van de verpleegkundigen, leden van cliëntenraden en van patiëntenbelangenorganisaties. Zij werden in groepjes van gemiddeld drie personen geïnterviewd.

In 6 ziekenhuizen zijn gesprekken gevoerd met de geneesheer-directeur, behandelaars, verpleegkundigen, de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) en leden van de cliëntenraad.

Om tot een keuze van de specifieke instellingen te komen is rekening gehouden met een aantal criteria. Als belangrijkste criterium is gehanteerd: de locatie in Nederland. In elk van de regio's diende in ieder geval één instelling geselecteerd te worden. In Nederland kunnen zes regio's onderscheiden worden: noord, oost, midden, west, zuidwest en zuid. Verder is er voor gezorgd dat tenminste enkele grote steden en enkele plattelandsgebieden in het onderzoek vertegenwoordigd zijn.

De ziekenhuizen zijn benaderd door middel van een brief aan de geneesheer-directeur. Voordat met interviewen is begonnen, heeft eerst een kennismakingsgesprek met de geneesheer-directeur van de instelling plaatsgevonden. In dit gesprek is bepaald welke afdeling(en) van het

ziekenhuis bij het onderzoek betrokken zou(den) worden. Vervolgens zijn er afspraken gemaakt met behandelaars en verpleegkundigen van de afdeling(en).

Tabel 1.1 geeft een overzicht van het aantal interviews dat is gehouden met de respondenten uit de categorie 'zorgaanbieders', verdeeld over de typen ziekenhuizen.

Tabel 1.1 Aantal gehouden interviews met zorgaanbieders per type ziekenhuis

Type ziekenhuis	Geneesheren- directeur	Behandelaars	Verpleegkun- digen ¹	Totaal
APZ	3	9	3	15
PAAZ	2	3	2	7
PUK	1	3	1	5
Totaal	6	15	6	27

1) De gesprekken met de verpleegkundigen werden in de vorm van groepsinterviews gehouden. Gemiddeld namen er drie mensen deel aan het gesprek.

Omdat de gesprekken met de patiënten geen doorgang konden vinden is als alternatief gekozen voor interviews met leden van patiëntenbelangenorganisaties. Er zijn vijf organisaties bereid gevonden om aan het onderzoek mee te werken. Het lag in de bedoeling om patiënten die door hun behandelaar wilsonbekwaam zijn verklaard om over hun behandeling te beslissen, te vragen of ze ermee konden instemmen dat we hun plaatsvervangende beslisser zouden interviewen. Door de eerder aangehaalde uitspraak van de METC moest worden afgezien van het houden van interviews met patiënten. Besloten is om plaatsvervangende beslissers te werven via een oproep in het blad van de oudervereniging Ypsilon, via contacten met de oudervereniging Labyrinth in perspectief en via de geïnterviewde behandelaars.

Tabel 1.2 geeft een overzicht van het aantal interviews dat is gehouden met de respondenten uit de categorie 'patiëntenbelangenbehartigers'.

Tabel 1.2 Aantal gehouden interviews met patiëntenbelangenbehartigers

Respondenten	Aantal
Pvp-en ¹	4
Cliëntenraden ²	4
Patiëntenbelangenorganisaties	5
Plaatsvervangende beslissers	4
Totaal	17

In twee van de zes Bopz-instellingen is geen patiëntenvertrouwenspersoon aanwezig.

In twee van de zes Bopz-instellingen is geen cliënten- of bewonersraad aanwezig.

1.5 Opbouw van het rapport

Elk hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen. In dit gedeelte wordt tevens waar mogelijk een relatie gelegd met uitkomsten en aanbevelingen van de eerste evaluatieronde.

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt het juridisch kader geschetst, wordt de jurisprudentie uit de periode 1997-2000 geanalyseerd en wordt aandacht gegeven aan in hoeverre klachtencommissies in de praktijk uit de voeten kunnen met de wettelijke criteria voor dwangbehandeling. Verder wordt een antwoord gegeven op de vraag of de eisenstellende documenten en de huisregels thans in overeenstemming zijn met de voorschriften van de artikelen 38-40 Bopz.

In hoofdstuk 3 worden de ervaringen van ziekenhuismedewerkers weergegeven met betrekking tot de Bopz-voorschriften over informed consent, dwangbehandeling, de toepassing van middelen en maatregelen en vrijheidsbeperking . Tevens wordt gerapporteerd hoe de praktijk omgaat met het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen. In hoofdstuk 4 komen tenslotte de ervaringen en meningen van patiëntenbelangenbehartigers ten aanzien van de voorschriften over behandeling, dwangtoepassing en vrijheidsbeperking aan de orde.

2

Jurisprudentie, uitspraken klachtencommissies en eisenstellingen documenten

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt in de eerste plaats nagegaan hoe klachteninstanties en rechters cruciale begrippen uit de regeling van dwangbehandeling (art. 38 lid 5) in de periode 1997-2000 hebben ingevuld. De nadruk is op dwangbehandeling gelegd, omdat de regeling hiervan verreweg het meest omstreden onderdeel van de interne rechtspositieregeling vormt. In totaal zijn 25 in Bopz Jurisprudentie en kwartaalblad Bopz Jurisprudentie gepubliceerde uitspraken van klachtencommissies en rechtbanken in klachtzaken met betrekking tot de artikelen 38-40 Wet Bopz uit genoemde periode bestudeerd en geanalyseerd. Hierbij is in het bijzonder aandacht geschonken aan de interpretatie van de begrippen “verzet”, “ernstig gevaar” en “volstrekt noodzakelijk”. Onderzocht is of, in vergelijking met de bevindingen van het eerste evaluatieonderzoek (De Vries, Roering en Van de Klippe, 1996), de jurisprudentie thans meer helderheid verschaft ten aanzien van de grenzen waarbinnen de praktijk zich bij het toepassen van (dwang)behandeling dient te bewegen. Tevens is bij het jurisprudentieonderzoek de vraag betrokken in hoeverre rechters bij de afgifte van een Rechterlijke Machtiging (RM) onderscheid maken tussen gedwongen opname en dwangbehandeling/dwangtoepassing: de zogenaamde “dubbele toetsing”. Hiertoe zijn zeven uitspraken van rechtbanken en twee beschikkingen van de Hoge Raad, alsmede een zestal in kBJ en BJ gepubliceerde annotaties onder genoemde rechterlijke uitspraken bestudeerd. Een uitvoerige omschrijving van het juridisch kader (met name met betrekking tot kamerstukken en literatuur) is in het onderhavige rapport niet opgenomen, daar het eerste rapport reeds daarin voorziet (De Vries, Roering van Van de Klippe 1996, hoofdstuk 2).

In het tweede deel van het hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van een in samenwerking met het iBMG gehouden schriftelijke enquête onder klachtencommissies, waarin hun ervaringen met de interpretatie van de cruciale begrippen uit de regeling van dwangbehandeling centraal staan. Aan deze enquête namen 25 klachtencommissies deel, waarvan er 19 werkzaam zijn voor APZ-en, 5 voor PAAZ-en en 1 voor een PUK.

Het derde deel van het hoofdstuk ten slotte, bevat de resultaten van een onderzoek betreffende de interne eisenstellende documenten van de zes psychiatrische instellingen waar de interviews zijn gehouden en vier andere. De van deze instellingen afkomstige beleidsnota's en protocollen met betrekking tot behandeling, dwangtoepassing en vrijheidsbeperking, alsmede hun schriftelijk informatiemateriaal voor patiënten en hun huisregels, werden bestudeerd en geanalyseerd. Met name is onderzocht of deze interne documenten thans in overeenstemming zijn met de art. 38-40 Wet Bopz.

2.2 Jurisprudentieonderzoek

2.2.1 Dwangbehandeling

Van dwangbehandeling in de zin van de Wet Bopz is sprake als een behandelingsplan wordt uitgevoerd bij het ontbreken van overeenstemming over het plan of bij verzet ertegen. Zo'n uitvoering is alleen rechtmatig als aan de wettelijke grond voor dwangbehandeling is voldaan (art. 38 lid 5 Bopz). Als hieraan niet is voldaan, mag geen behandeling plaatsvinden.

Bij de definitie van dwangbehandeling vervullen de begrippen 'ontbreken van overeenstemming' en 'verzet' dus een spilfunctie. De aanwezigheid van overeenstemming c.q. toestemming (informed consent) of verzet is immers beslissend voor de vraag, of bij het doorzetten van de behandeling voldaan moet zijn aan de rechtsgrond van dwangbehandeling. Hierna zal worden ingegaan op de invulling van de genoemde begrippen in de jurisprudentie.

2.2.2 Ontbreken van overeenstemming

Uit een beschikking van de rechtbank Maastricht (29.8.1997, BJ 282) blijkt dat overeenstemming niet snel mag worden verondersteld en dat uit feiten en omstandigheden duidelijk moet blijken dat de wil van de betrokkene op die overeenstemming is gericht. In dit geval was de betrokken patiënt dringend voorgehouden in te stemmen met de orale toediening van Cisordinol. Deze gebeurde in een open ruimte, terwijl daarbij naast de behandelaar ook andere personen (co-assistenten, verpleging) aanwezig waren. Over wat er zou gebeuren als de medicatie geweigerd werd, bestond tussen patiënten en behandelaar verschil van mening. De patiënt meende dat het middel bij weigering gespoten zou worden, terwijl de behandelaar verklaarde dat hij dan slechts toediening van Cisordinol acutard zou hebben overwogen. De rechtbank gunde de patiënt in dit geval het voordeel van de twijfel, wat impliceerde dat zij geacht werd niet met de bestreden orale toediening van Cisordinol te hebben ingestemd. Deze beschikking spoort met die van de rechtbank Zutphen (11.5.1994, BJ 9) uit de periode van de eerste Bopz evaluatie. Ook uit deze uitspraak blijkt dat uit de afwezigheid van verzet geen instemming/toestemming mag worden afgeleid.

2.2.3 Verzet

Over de invulling van het begrip 'verzet' kan op grond van de wetsgeschiedenis het volgende worden opgemerkt. Onder verzet moet zowel het verzet van een bekwame patiënt (bekwaam verzet) als het verzet van een onbekwame patiënt (onbekwaam verzet) worden verstaan. Verzet mag niet worden beperkt tot 'bewust' verzet, maar moet worden opgevat als 'feitelijk' verzet, waarbij zowel verbale als non-verbale uitingen relevant kunnen zijn. Voor het uiten van verzet gelden geen vormvereisten.

Bij de eerste Bopz-evaluatie was jurisprudentie over de invulling van het begrip verzet nog maar mondjesmaat voorhanden (De Vries, Roering, van de Klippe, 1996). Wel was er in die periode een uitspraak beschikbaar waaruit bleek dat de rechter bij twijfel of er van verzet sprake was, de patiënt het voordeel van de twijfel gaf (Rechtbank 's-Gravenhage 26.8.1994, BJ 39). Ditzelfde doet thans de rechtbank Assen (4.12.1997, kBJ 98-8). In deze casus kan weliswaar, aldus de rechtbank, strikt genomen niet gesproken worden van dwangbehandeling, omdat de patiënt er voor koos de medicatie oraal tot zich te nemen, daar hij niet wilde dat de medicatie hem per depot zou worden toegediend. Al spreekt de rechtbank dus over een 'keuze' en niet over dwangbehandeling, toch buigt zij zich daarna over de vraag of 'dwangmedicatie' terecht is toegepast, waarna zij tot de conclusie komt dat dit inderdaad het geval is (klacht ongegrond). In een noot onder deze beschikking wijst Widdershoven erop dat het kenbaar maken van een relatieve voorkeur nog niet betekent dat van verzet geen sprake is. Als de patiënt op enigerlei wijze duidelijk maakt behandeling af te wijzen, is er sprake van verzet. Als behandeling desondanks doorgang vindt, is er sprake van dwangbehandeling. Volgens Widdershoven moet de

behandelaar er uiteraard weet van kunnen hebben dat de patiënt zich de behandeling niet laat welgevalen, maar verder is verzet (en daarmee de kwalificatie “dwangbehandeling”) niet aan vormeisen gebonden.

Een casus waarin een patiënt zich wel degelijk gedwongen voelde maar aan dat gevoel geen uiting gaf, zodat er iets schortte aan de kenbaarheid ervan, werd voorgelegd aan de klachtencommissie van de Stichting GGzE (4.6.1997, BJ 267). De klager verkeerde in de veronderstelling dat hij de voorgeschreven medicatie moest nemen en dat hij anders gespoten zou worden. De behandelaar ontkende echter hem met dwangmedicatie gedreigd te hebben, al had hij hem er wel op gewezen dat bij een ontstane noodsituatie met dwang zou worden gereageerd. De klachtencommissie oordeelde dat tot nu toe niet gebleken was van enig door de behandelaars serieus te nemen verzet van klager tegen de hem aangeboden medicatie. Daarom kon volgens de commissie niet gesproken worden van dwangmedicatie in de zin van art. 38 lid 5 Bopz. Volgens de commissie kan “niet iedere afwijzende reactie van een patiënt op een voorgenomen behandeling (...) als weigering en verzet tegen die behandeling worden aangemerkt. Er moet in dat verzet enige standvastigheid van stellingname en enige kenbaarheid daarvan voor de behandelaars aanwezig zijn alsmede enige motivering van e.e.a.”. Men kan zich afvragen of de klachtencommissie hier niet –in strijd met de oorspronkelijke bedoeling van de wetgever– een vormvereiste in de definitie van verzet introduceert, waardoor deze definitie te veel wordt aangescherpt. Dit geldt met name voor de eis van motivering van het verzet.

In relatie tot dwangbehandeling speelt de vraag of de patiënt al dan niet als wilsbekwaam moet worden aangemerkt, geen rol; de Wet Bopz verbindt aan bekwaam en onbekwaam verzet dezelfde rechtsgevolgen. Soms betreft de rechter bij zijn oordeel over een toegepaste dwangbehandeling wel degelijk de aard van het verzet of de redenen die de patiënt daarvoor aanvoert. Bij de eerste Bopz-evaluatie werden voorbeelden hiervan aangetroffen in beschikkingen van de rechtbank ‘s-Hertogenbosch (12.3.1994, BJ 7) en de rechtbank Maastricht (22.4.1994, rep 9078/94). Thans worden zelfs beschikkingen aangetroffen waarin onbekwaam verzet wordt aangemerkt als voorwaarde voor een rechtmatige dwangbehandeling. Dit gebeurde voor het eerst door de rechtbank Alkmaar (30.9.1997, BJ 293), die constateert dat de klager geen ziekte-inzicht heeft en dat zijn verzet tegen dwangmedicatie niet gebaseerd lijkt te zijn op een redelijke waardering van de eigen belangen. Daaraan wordt de conclusie verbonden “dat de behandelaars op dit moment niets anders overblijft dan verzoeker conform het behandelingsplan medicatie toe te dienen in de vorm van depotinjecties teneinde ernstig gevaar voor verzoeker af te wenden”. In feite verbindt de rechtbank hier aan de legitimiteit van dwangbehandeling de voorwaarde dat de betrokkene ter zake wilsbekwaam is. Een zelfde standpunt werd ingenomen door (als eerste) Van de Klippe (1997), de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1997), en Widdershoven in de annotatie onder voornoemde beschikking.

In dezelfde geest oordeelde de Rechtbank Roermond (30.12.1998, kBJ 1999-33) over een klacht inzake dwangbehandeling met antipsychotica. De rechtbank stelt dat de Bopz-bepalingen dienen te worden toegepast in het licht van het in ons rechtsstelsel verankerde grondbeginsel van het recht op zelfbeschikking. In dat licht oordeelt de rechtbank “dat wilsbekwaamheid, bij de beoordeling van de vraag of het gerechtvaardigd is inbreuk te maken op het zelfbeschikingsrecht, een factor van aanmerkelijk, zo al niet van doorslaggevend belang is, voor zover het, zoals in casu, gaat om het afwenden van ernstig gevaar voor de betrokkene zelf”. Al achtte de behandelaar de betrokken patiënt in klinische zin wilsbekwaam, de rechtbank noemt het een complicerende factor dat de betrokkene desalniettemin onvoldoende ziektebesef en ziekte-inzicht heeft en dat er vanuit moet worden gegaan dat dat zijn besluitvorming beïnvloedt. Duidelijk is volgens de rechtbank ook “dat de betrokkene hecht aan zijn vrijheden en deze niet graag verder ingeperkt wenst te zien en dat hij weer zelfstandig wil gaan wonen. Hernieuwd verval in psychosen zal dat proces onherroepelijk doorkruisen. Anderzijds geeft betrokkene aan de toegepaste dwangmedicatie als een ernstige inbreuk op zijn lichamelijke integriteit te ervaren

en is hij consistent en volhardend in zijn eis de medicatie te doen beëindigen en geeft hij aan de kans op terugval met alle daaraan verbonden gevolgen te willen nemen. Dit laatste maakt, alles in samenhang bezien, de wil van de betrokkene de dwangmedicatie te doen eindigen niet oninvoelbaar en niet kan worden gezegd dat betrokkene daarmee blijk geeft niet voldoende in staat te zijn zijn belangen af te wegen. Betrokkene is derhalve wilsbekwaam te achten". Hieraan wordt door de rechtbank de conclusie verbonden dat het voorliggende gevaar geen inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht door toepassing van dwangmedicatie rechtvaardigt. In zijn annotatie onder deze uitspraak gaat Widdershoven in op de hier gesignaleerde ontwikkeling dat wilsonbekwaamheid een rol is gaan spelen bij de legitimiteit van dwangbehandeling en constateert hij, met nadere verwijzingen, dat rechtbanken verschillend hieromtrent oordelen. Zo wordt, onder andere, elders aan een gemankeerd ziektebesef nogal eens de conclusie verbonden dat de patiënt ter zake wilsonbekwaam moet worden geacht.

Om de onrechtmatigheid van de dwangbehandeling van een wilsbekwame patiënt te onderbouwen, is inmiddels in klachtzaken meermalen een beroep gedaan op schending van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). Uit de uitspraak van het Europese Hof in de zaak Herczegfalvy wordt door sommigen (Legemaate 1993) afgeleid dat het Hof dwangbehandeling van een wilsbekwame patiënt in strijd met de bepalingen van de Verdrag zou achten. In deze zaak oordeelde het Hof namelijk de onbekwaamheid van klager met betrekking tot de schending van de artikelen 3 en 8 van doorslaggevend belang. De Nederlandse rechter heeft het beroep op schending van de artikelen 3, 8 of 14 EVRM tot nu toe echter niet gehonoreerd. Zie bijvoorbeeld Rechtbank Breda 4.7.1997, BJ 280, waar de rechtbank de bestreden dwangbehandeling wel aan artikel 8 EVRM toetst, maar deze in overeenstemming oordeelt met de vereisten genoemd in het tweede lid van dat artikel. Zie ook: Rechtbank 's-Hertogenbosch 11.12.1998, KBJ 1999-32, met annotatie van Widdershoven.

2.2.4 Rechtsgrond voor dwangbehandeling

Uitvoering van het behandelingsplan bij het ontbreken van overeenstemming of verzet is alleen rechtmatig, als aan de wettelijke grond voor dwangbehandeling is voldaan, namelijk als deze uitvoering "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).

Op basis van wettekst en wetgeschiedenis kan de rechtsgrond voor dwangbehandeling als volgt worden gekenschetst:

- ten opzichte van het gevaarscriterium voor dwangopname betreft het een aangescherpt gevaarscriterium (ernstig gevaar)
- het moet gaan om ernstig gevaar binnen het ziekenhuis
- het moet gaan om ernstig gevaar voor personen (niet voor materiële zaken)
- het ernstig gevaar moet uit de geestesstoornis voortvloeien
- voldaan moet zijn aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid.

Met het criterium voor dwangbehandeling heeft de wetgever willen aansluiten bij de commissie Van Dijk, die dwangbehandeling alleen in zeer ernstige situaties aangewezen achtte (De Vries, Roering en Van de Klippe, 1996). Deze commissie dacht hierbij aan drie soorten situaties:

- situaties van onmiddellijk levensgevaar voor de patiënt of anderen;
- situaties van onmiddellijk gevaar voor ernstig blijvend letsel (verminking) bij de patiënt of anderen;
- geleidelijke achteruitgang van de – aan een progressieve psychische ziekte lijdende- patiënt, een achteruitgang die (zonder ingrijpen) uiteindelijk resulteert in de dood van de patiënt of in ernstige invaliditeit.

Uit de eerste Bopz-evaluatie bleek dat er in de destijds voorhanden uitspraken in klachtzaken een tendens te bespeuren viel tot een ruime interpretatie van het ernstig gevaarscriterium. In de jurisprudentie werd dit criterium meestal aanzienlijk ruimer geïnterpreteerd dan commissie Van

Dijk en regering destijds voor ogen heeft gestaan. Hierna zal worden onderzocht in hoeverre deze ruime interpretatie zich ook na 1996 in de jurisprudentie doorzette.

2.2.5 Opmars van het latente gevaar

Opvallend in de jurisprudentie van het jaar 1997 is de opmars van het concept 'latent gevaar'. De eerste uitspraak waarin dit concept voorkomt, is van de Rechtbank Roermond, 21.03.1997, BJ 255. Het betrof een klacht tegen een Cisordinol-depot die gegrond werd verklaard, omdat de rechtbank geen ernstig gevaar in de zin van art. 38 lid 5 aanwezig achtte. De behandelaars/de instelling hadden echter gesteld dat het bij ernstig gevaar ook om latent gevaar kan gaan. Naar aanleiding daarvan overweegt de rechtbank het volgende: "Met de instelling c.q. de behandelaars van klager is de rechtbank van oordeel dat zo een ernstig gevaar ook latent aanwezig kan zijn in de vorm van de nu eenmaal gegeven stoornis en zich daarbij voordoende symptomen, indien deze naar gefundeerde verwachting zonder medicatie zullen herleven. Op het zullen herleven van een stoornis met de daarbij horende symptomen behoeft immers niet zonder meer en te allen tijde gewacht te worden alvorens via preventieve medicatie onder dwang kan worden ingegrepen. Volstreekte noodzaak ter afwending van ernstig gevaar kan in zo een geval ook gestalte krijgen in de telkens terugkerende noodzaak tot ingrijpen en het daarin besloten gelegen ernstig gevaar voor klager zelf, met name indien in een verdere of hernieuwde terugval ernstig gevaar voor verdere verscherping van de stoornis besloten ligt, zoal niet ernstig gevaar voor het zelfs algeheel wegzinken in de stoornis."

De rechtbank 's-Hertogenbosch (10.07.1997, BJ 270) borduurde voort op het concept latent gevaar, door in een klachtzaak over dwangmedicatie het volgende op te merken: "De rechtbank kan de opvatting delen, dat een ernstig gevaar gelegen in een stoornis als psychose, zodanig latent aanwezig kan zijn, dat zonder medicatie herleving mag worden verwacht en dat niet onder alle omstandigheden deze herleving moet worden afgewacht alvorens opnieuw met dwangmedicatie te mogen ingrijpen, zodat preventieve dwangmedicatie ter afwending van een latent gevaar behorend bij en gelegen in een geestelijke stoornis volstrekt noodzakelijk kan zijn. Een zodanig latent gevaar moet echter wel tastbaar zijn, in die zin dat het na onderzoek of anderszins aannemelijk moet worden geacht dat na beëindiging van de dwangmedicatie het gevaar van explosieve agressie zich weer in volle omvang zal voordoen" (klacht gegrond).

Ook de rechtbank Assen gebruikte het concept latent gevaar bij de ongegrondverklaring van een klacht over dwangmedicatie (11.9.1997, BJ 295). De rechtbank 's-Hertogenbosch tenslotte verwierp de stelling van klager dat het toedienen van medicijnen onder dwang pas kan geschieden, nadat latent gevaar tastbaar is geworden (20.11.1997, BJ 302). In dit geval achtte de rechtbank de kans aanzienlijk dat betrokkene een ernstig gevaar voor derden zal zijn, zodra behandeling met de voorgeschreven middelen achterwege blijft (klacht ongegrond).

Overigens werden in het kwartaalblad Bopz Jurisprudentie (KBJ) vanaf 1998 geruime tijd geen uitspraken meer aangetroffen waarin het concept 'latent gevaar' een rol speelde. De rechtbank 's-Hertogenbosch (03.10.2000, BJ 2000, 67) oordeelde echter recentelijk dat het toepassen van middelen en maatregelen, in casu separatie, gerechtvaardigd kan zijn op grond van vóór de opname in de kliniek reeds bestaande, latent aanwezige gevaar, "indien er voldoende redenen zijn om aan te nemen dat dit gevaar ook binnen de kliniek voorlopig blijft bestaan en zodanig ernstig is dat van de behandelaars in redelijkheid niet mag worden verlangd dat zij derden binnen het ziekenhuis (medepatiënten en/of personeel) daaraan blootstellen". In een beschikking van een iets latere datum acht dezelfde rechtbank preventieve dwangbehandeling gerechtvaardigd door een latente dreiging van fysiek geweld (Rb 's-Hertogenbosch 01.11.2000, BJ 2001, 11). Het moge duidelijk zijn dat het concept van latent gevaar kan worden gebruikt om het ernstig-gevaarscriterium op te rekken. Door de eis van 'tastbaarheid' het latente gevaar te stellen, wordt op deze mogelijkheid tot verruiming echter weer enigszins een rem gezet.

2.2.6 Ernstig gevaar voor de patiënt zelf

Niet als ernstig gevaar voor de patiënt zelf in de zin van artikel 38 lid 5 Bopz werd bijvoorbeeld aangemerkt:

- Het enkele (niet op medisch onderzoek gebaseerde) vermoeden dat de patiënt lijdt aan de (erfelijke) stofwisselingsziekte porfyrie, welke ziekte uitsluitend van somatische aard is en niet veroorzaakt lijkt te zijn door de geestesstoornis van betrokkene (Rechtbank 's-Hertogenbosch 10.7.1997, BJ 270).
- Wel als ernstig gevaar voor de patiënt zelf werden bijvoorbeeld aangemerkt:
- Ernstig psychotisch verval, gepaard gaande met weigering van eten en drinken, met als gevolg een voor de patiënt levensbedreigende situatie, te weten ernstige uitdodingsverschijnselen (Rechtbank 's-Hertogenbosch, 11.12.1998, KBJ 1999-32)
- Gegronde vrees voor agressieve reacties van medepatiënten gericht tegen de betreffende patiënt (Rechtbank 's-Hertogenbosch 24.3.1998, KBJ 1998-33)
- Reëel gevaar voor betrokkene dat medepatiënten zich agressief tegen haar zouden richten (Rechtbank 's-Hertogenbosch 20.1.1998, KBJ 1998-17)
- De door de behandelende psychiaters geschetste prognose van ernstige psychiatrische invaliditeit bij het achterwege blijven van een medicamenteuze behandeling (Rechtbank Amsterdam, 26.3.1997, BJ 256)
- De aannemelijkheid dat het ernstig gevaar nog steeds latent aanwezig is en dat beëindiging van medicatie uiteindelijk zal leiden tot ernstige psychiatrische invaliditeit van de betrokken patiënt (Rechtbank Assen, 11.9.1997, BJ 295)

In deze gevallen oordeelde de rechtbank dat aan de rechtsgrond voor dwangbehandeling was voldaan, waarbij de eis van 'onmiddellijkheid' of 'acuïteit' niet werd gesteld (vergelijk de derde situatie die de commissie Van Dijk onderscheidde).

In relatie tot deze 'derde situatie' van de commissie Van Dijk vallen in de jurisprudentie verschillende interpretaties te onderscheiden. Deze betreffen de kwestie of 'psychiatrische' of 'sociale' invaliditeit kunnen worden aangemerkt als de invaliditeit waar de commissie bij de omschrijving van deze situatie op doelt.

In de volgende beschikkingen ging de rechtbank ervan uit dat ook de dreiging van (ernstige) (blijvende) psychiatrische of geestelijke invaliditeit kan worden aangemerkt als ernstig gevaar in de zin van art. 38 lid 5 Bopz:

- Rechtbank Amsterdam, 26.3.1997, BJ 256 (psychiatrische invaliditeit)
- Rechtbank Groningen, 1.4.1997, BJ 254 (geestelijke invaliditeit)
- Rechtbank Assen, 11.9.1997, BJ 295 (psychiatrische invaliditeit)
- Rechtbank Roermond, 30.12.1998, KBJ 1999-33 (geestelijke invaliditeit)

Er waren echter ook beschikkingen waarin de rechtbank oordeelde dat dreigende psychische of sociale invaliditeit niet als ernstig gevaar aan te merken valt. Voorbeelden daarvan treft men aan in :

- Rechtbank Roermond, 9.7.1997, BJ 268 (psychische invaliditeit)
- Rechtbank Zutphen, 4.2.1998, KBJ 1998-38 (sociale invaliditeit)
- Rechtbank 's-Hertogenbosch, 25.6.1999, KBJ 1999-62 (sociale invaliditeit)
-

De rechtbank Zutphen maakte onderscheid tussen enerzijds psychiatrische en anderzijds psychische en sociale invaliditeit. Over psychiatrische invaliditeit merkt de rechtbank het volgende op: "Ook indien het gevaar zich naar verwachting op langere termijn zal kunnen realiseren, kan dit worden gerangschikt onder het onderhavige gevaarscriterium, waarbij moet worden gedacht aan te verwachten sterke achteruitgang in de toestand van de betrokkene hetgeen naar verwachting zou leiden tot de dood of ernstige psychiatrisch invaliditeit". Daarna constateert de rechtbank dat van zo'n achteruitgang in de toestand van de betrokken patiënt

niets is gebleken. Vervolgens komt de rechtbank toe aan de vraag of de bestreden dwangmedicatie wordt gerechtvaardigd “door het gevaar dat de patiënt zonder die medicatie uitzichtloos in het ziekenhuis zou moeten verblijven, hetgeen zou leiden tot psychische en sociale invaliditeit”. Met betrekking tot deze vraag oordeelt de rechtbank, “dat de verwachting dat klager tegen zijn zin uitzichtloos in de instelling zal moeten verblijven geen ernstig gevaar vormt in de zin van artikel 38 lid 5 derde volzin wet Bopz. De door het ziekenhuis bedoelde dreigende sociale invaliditeit van klager zou immers – mede op grond van de wetsgeschiedenis, de heersende rechtspraak en literatuur op dat punt- in het kader van de wettelijke criteria voor gedwongen opname niet passen onder het daarbij geldende gevaarscriterium. Hieruit volgt dat die verwachting zeker niet voldoet aan het aangescherpte criterium “ernstig gevaar”, waaraan in dit geval zou moeten zijn voldaan. Hieraan doet niet af dat – hoe wenselijk dit voor klager op zichzelf wellicht ook zou zijn – klager bij inname van geëigende medicatie weer samen met zijn vrouw een betrekkelijk normaal leven buiten het ziekenhuis zou kunnen leiden”.

Kortom, volgens de rechtbank Zutphen kan de dreiging van ernstige psychiatrische invaliditeit onder omstandigheden dwangbehandeling rechtvaardigen, maar kan de dreiging van psychische of sociale invaliditeit dit niet. In haar annotatie onder deze beschikking merkt De Roode op dat de wetgever destijds waarschijnlijk geen ruime uitleg voor ogen heeft gehad van de zinsnede “een voortdurende achteruitgang van de patiënt, noodzakelijkerwijs (zonder ingrijpen) leidend tot de dood of ernstige invaliditeit van betrokkene”, maar alleen gedacht heeft aan levensbedreigende situaties en derhalve alleen aan ernstig gevaar voor lichamelijke invaliditeit. Door gevaar voor sociale invaliditeit niet als grond voor dwangbehandeling te erkennen, heeft de rechtbank Zutphen de ruime uitleg van ernstig gevaar in elk geval enigszins ingeperkt. Bleef staan dat het onderscheid psychiatrische– sociale invaliditeit niet glashelder was. Bovendien kon men zich, zoals De Roode terecht deed, afvragen hoe het te beargumenteren valt dat de dreiging van psychiatrische invaliditeit (in de betekenis van het chronisch worden van de stoornis door het onbehandeld blijven daarvan) wél dwangbehandeling kan rechtvaardigen, terwijl een geestesstoornis op zichzelf geen grond voor dwangopname kan zijn (daarvoor is immers tevens vereist dat de stoornis gevaar veroorzaakt). De rechtbank 's-Hertogenbosch (25.06.1999, KBJ 1999, 62) haalde ten slotte een streep door alle psychische, psychiatrische en sociale invaliditeiten, door te stellen: “Noch in de tekst van art. 38 van de Wet Bopz, noch in de parlementaire geschiedenis van dit artikel is steun te vinden voor de opvatting van de Stichting X dat dit gevaar zich niet behoeft te manifesteren als de reële mogelijkheid van ernstige fysieke verwonding, dreigende lichamelijke invaliditeit of de dood, maar dat dit zich ook kan voordoen als een dreigende “sociale invaliditeit”. Weliswaar blijkt uit de parlementaire geschiedenis van de Wet Bopz dat ernstig gevaar zoals bedoeld in artikel 38 lid 5 zich bij progressieve psychiatrische ziekten ook kan voordoen als een voortdurende achteruitgang van de patiënt, doch dit laatste uitsluitend indien deze achteruitgang zonder ingrijpen zal leiden tot de dood of ernstige (fysieke) invaliditeit”.

2.2.7 Ernstig gevaar voor anderen

Geen of onvoldoende ernstig gevaar voor anderen werd onder meer aanwezig geoordeeld in de volgende zaken:

- Rechtbank Den Bosch 10.7.1997, BJ 270. (Onvoldoende reëel te duchten ernstig gevaar voor ernstig agressieve explosies bij TBS-gestelde. In de rapportages wordt gesproken over een in positieve zin stijgende lijn, op grond waarvan patiënt steeds meer vrijheden geniet. Daadwerkelijke fysieke agressie heeft zich in kliniek nimmer voorgedaan).
- Rechtbank Leeuwarden 25.2.2000, KBJ 2000-34. (Gevaar binnen de kliniek bestaat nog steeds uit schuimbekken en stemverheffing die medepatiënten soms beangstigen; gerichte bedreigingen worden niet geuit. De fysieke agressie bestaat volgens gedaagde uit het krabben, slaan en schoppen van artsen en verplegend personeel, maar ter zitting is gebleken dat dit zich op één uitzondering na verder alleen voordoet als het verzet van eiseres

tegen volgens haar onrechtmatige gedwongen injectie genegeerd wordt: dit gevaar kan de dwang niet rechtvaardigen. Omdat het door de dwang wordt gecreëerd).

- Rechtbank Leeuwarden 3.10.2000, kBJ 200-68. (Agressie betrokkene lijkt versterkt te zijn door de gedwongen separatie, die de rechtbank onterecht oordeelt. Om die reden kan de rechtbank niet goed beoordelen of de in art. 38 lid 5 bedoelde situatie zich heeft voorgedaan).
- Rechtbank Assen 26.11.1998, kBJ 1999-10. (Rechtbank sluit niet uit dat in een voorkomend geval het verleden mede een rol zal kunnen spelen in de beoordeling of de dwangmedicatie volstrekt noodzakelijk is, doch voorkomen dient te worden dat op basis van het verleden overgegaan wordt tot dwangmedicatie, terwijl de actuele toestand van de betrokkene in het betreffende ziekenhuis daartoe geen aanleiding heeft gegeven. Gebleken is van een incident, dat zich echter heeft voorgedaan in de FOBA, voorafgaand aan het verblijf in de FPK: verzoeker zou hebben uitgehaald naar een medewerker aldaar. De rechtbank oordeelt dat dit incident, voor zover het al een rol zou kunnen spelen bij de aan de orde zijnde behandeling, niet met zich mee heeft gebracht dat die gebeurtenis bestempeld moet worden als ernstig gevaar opleverend als bedoeld in art. 38 lid 5 derde volzin Bopz).

Ernstig gevaar voor anderen werd bijvoorbeeld wel aanwezig geacht in de volgende gevallen:

- Rechtbank Den Bosch, 29.7.1997, BJ 271. (In het gepubliceerde deel van de beschikking wordt niet nader omschreven waaruit het ernstige gevaar voor anderen bestaat. De rechtbank acht het aangewezen dat de dwangbehandeling (depot-injecties) gedurende een langere periode plaatsvindt, omdat het dreigende gevaar zich steeds opnieuw openbaart, zodra de medicatie achterwege wordt gelaten. Wel acht de rechtbank het aangewezen dat de toediening van medicatie op zeker moment wordt gestaakt, om vast te stellen of de ziekteverschijnselen die het naderende ernstige gevaar veroorzaken, nog steeds aanwezig zijn. Het risico dat men daarbij loopt vindt de rechtbank niet onaanvaardbaar, omdat verzoeker vrij snel in positieve zin reageert op medicatie. Vervolgens zegt de rechtbank dat zij in dit geval een aaneensluitende periode van zes maanden waarin dwangmedicatie kan worden toegediend, aanvaardbaar vindt).
- Rechtbank Den Bosch, 20.11.1997, BJ 302. (Explosieve agressie na een periode waarin gedurende langere tijd geen medicijnen ingenomen werden. Deze agressie bestond uit twee incidenten, waarbij een patiënt bijna werd mishandeld en een ander naar aanleiding van een futiliteit een vuistslag in het gezicht moest incasseren. De incidenten hadden plaatsgevonden een jaar resp. negen maanden voor de dwangbehandeling).
- Rechtbank Den Bosch, 24.3.1998, kBJ 1998-33. (Gegronde vrees, mede gezien betrokkene's gedrag op de afdeling tijdens eerdere gedwongen opnamen, dat als gevolg van het gedrag van betrokkene op de afdeling, in het bijzonder diens verbale agressie en diens intimidatie van medepatiënten, de psychische gezondheid van de medepatiënten ernstig zou worden geschaad en/of dat de behandeling van de medepatiënten ernstig zou worden bemoeilijkt).
- Rechtbank Den Bosch, 3.10.2000, kBJ 2000-67. (Vast staat dat betrokkene lijdt aan een waanstoornis (zg. geïsoleerde verkrachtingswaan) en dat onder invloed van deze stoornis ten minste twee keer een voor anderen levensbedreigende situatie is ontstaan: betrokkene heeft de vermeende daders van de verkrachtelingen met een mes gestoken. Deze incidenten vonden plaats in het asielzoekerscentrum en de penitentiaire inrichting waar de betrokkene destijds verbleef. Omdat er sprake is van een situatie waarin moest worden gevreesd voor zeer ernstig, levensbedreigend geweld van de zijde van de betrokkene ten opzichte van verplegend personeel en/of medepatiënten, is hij bij opname in het ziekenhuis – terecht- direct gesepareerd. Na een week is de separatie voortgezet als dwangbehandeling. Vervolgens is tevens dwangmedicatie toegepast. Betrokkene heeft de stelling van beklagde dat bij sta-

king van de dwangmedicatie met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid opnieuw een levensbedreigende situatie zal ontstaan, op geen enkele wijze weerlegd. Voldoende is komen vast te staan dat de dwangmedicatie volstrekt noodzakelijk was om ernstig gevaar voor anderen, voortvloeiend uit de stoornis van betrokkene, af te wenden).

2.2.8 Subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid

Bij de eerste Bopz-evaluatie werd reeds geconstateerd, dat niet altijd expliciet aan de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit, en doelmatigheid wordt getoetst (De Vries, Roering, van de Klippe, 1996). Deze constatering wordt door de analyse van de jurisprudentie in de periode 1997-2000 bevestigd: slechts uit een beperkt aantal van de bestudeerde beschikkingen kon een toetsing aan genoemde beginselen worden gedestilleerd. Daar toetsing aan genoemde beginselen dikwijls niet afzonderlijk plaatsvindt maar is verweven in de toetsing aan het vereiste ernstige gevaar, is het onvermijdelijk dat sommige citaten uit eerdere paragrafen in deze paragraaf terugkeren.

De rechtbank Roermond (21.03.1997, BJ 255) meende dat ook preventief ingrijpen niet op gespannen voet behoort te staan met het criterium volstrekt noodzakelijk: "Op het zullen herleven van een stoornis met de daarbij horende symptomen behoort immers niet zonder meer en te allen tijde gewacht te worden alvorens via preventieve medicatie onder dwang kan worden ingegrepen. Volstrekte noodzakelijkheid ter afwending van ernstig gevaar kan in zo een geval ook gestalte krijgen in de telkens terugkerende noodzaak tot ingrijpen en het daarin besloten gelegen ernstig gevaar voor klager zèlf, met name indien in een verdere of hernieuwde terugval ernstig gevaar voor verdere verscherping van de stoornis besloten ligt, zo al niet ernstig gevaar voor het zelfs algeheel wegzinken in de stoornis".

Ook de rechtbank 's-Hertogenbosch (10.07.1997, BJ 270) honoreerde in beginsel preventieve dwangmedicatie ter afwending van een latent gevaar behorend bij en gelegen in een geestelijke stoornis als een volstrekte noodzaak in de zin van art. 38 lid 5 Wet Bopz. Dezelfde rechtbank achtte preventieve dwangbehandeling gerechtvaardigd door latente dreiging van fysiek geweld, doch verbond daaraan wel de voorwaarde dat deze voldoende concreet dient te zijn, hetgeen mede dient te worden bepaald naar de mate van waarschijnlijkheid dat het fysieke geweld zich daadwerkelijk zal manifesteren (Rb 's-Hertogenbosch 01.11.2000, BJ 2001, 11).

De rechtbank Assen (25.06.1997, BJ 281) overwoog, ten aanzien van toenemende agressie jegens mede-patiënten en personeelsleden: "Die situatie werd zo dreigend dat de behandelend arts niet anders kon handelen dan over te gaan tot dwangmedicatie om een verdere achteruitgang en escalatie te voorkomen. Bovendien is voldoende komen vast te staan dat een voortzetting van die gedwongen medicatie ook thans nog vereist is, te meer daar bij X nog steeds geen sprake is van inzicht in zijn eigen ziektebeeld (...) Beëindigen van die dwangmedicatie zou opnieuw leiden tot een achteruitgang hetgeen zou kunnen resulteren in een hernieuwde opname op een gesloten afdeling, hetgeen niet in het belang van X is".

De rechtbank Breda (04.07.1997, BJ 280) toetst de proportionaliteit aan de ernst van het gevaar. De noodzaak tot dwangmedicatie blijkt uit het feit dat de patiënte, na stopzetting van een eerdere dwangmedicatie, met een luchtdrukpistool geprobeerd heeft aandacht voor haar problemen te vragen. Deze maatregel is gelet op de ernst van het gevaar proportioneel, aldus de rechtbank. Een subsidiariteitstoets, die wellicht tot een andere conclusie had kunnen leiden, ontbreekt te dezen helaas. Uit de "kort door de bocht" redenering die de rechtbank hier volgt zou de kwaaddenkende lezer bijna kunnen concluderen dat de dwangmedicatie in casu een vergeldend karakter heeft.

De rechtbank 's-Hertogenbosch (20.11.1997, BJ 302) legde in een zaak een marginale toets

aan door te stellen dat de rechtbank van oordeel is dat “de kans aanzienlijk is dat betrokkene een ernstig gevaar zal zijn voor derden zodra de behandeling met de voorgeschreven middelen achterwege blijft”. In een latere zaak (24.03.1998, kBJ 1998, 33) toetst dezelfde rechtbank expliciet aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit: “Niet is gebleken dat voormeld gevaar had kunnen worden afgewend door andere, voor X minder ingrijpende maatregelen dan het toedienen van dwangmedicatie en separatie overeenkomstig het behandelingsplan. Evenmin is gebleken dat de dwangmedicatie en de separatie eerder hadden kunnen worden beëindigd of hadden kunnen worden geschorst” (De patiënt ontwrichtte de afdeling en veroorzaakte geluidsoverlast. Medepatiënten werden door hem uitgescholden en geïntimideerd. De veiligheid en de integriteit van de andere patiënten kon daardoor niet worden gegarandeerd, terwijl overplaatsing naar een andere afdeling geen reëel alternatief was). Ook in rechtbank 's-Hertogenbosch 11.12.1998 (kBJ 1999, 32) wordt nadrukkelijk stilgestaan bij het onderhavige criterium voor dwangbehandeling: “De voortzetting van de dwangmedicatie is evenmin in strijd met de algemene beginselen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit nu genoegzaam is gebleken dat ernstig gevaar voor X uitsluitend kan worden afgewend door (voortgezette) toepassing van dwangmedicatie” (Onder invloed van schizofrenie zal de patiënt wederom voedel en drank weigeren en daardoor opnieuw in een levensbedreigende situatie komen te verkeren).

De lijn zet zich voort in rechtbank 's-Hertogenbosch 03.10.2000, kBJ 2000, 67, waarin de rechtbank oordeelt: “X heeft de stelling van Y dat bij staking van de dwangmedicatie met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid opnieuw een levensbedreigende situatie zal ontstaan op geen enkele wijze weerlegd. De conclusie luidt dan ook dat de dwangmedicatie volstrekt noodzakelijk was en ook thans nog volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor anderen, voortvloeiend uit de stoornis van X, af te wenden. Nu voldoende aannemelijk is geworden dat de separatie van X zo snel mogelijk is beëindigd, namelijk toen onder invloed van medicijnen het gevaar voor derden voldoende was geweken, en nu voorts niet is gebleken dat er een aanvaardbaar alternatief is voor de toegepaste dwangmedicatie, kan niet worden gezegd dat in casu is gehandeld in strijd met de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid”.

De klachtencommissie van Stichting GGzE Eindhoven (06.08.1998, kBJ 1998, 72) toetst eveneens expliciet aan het beginsel van proportionaliteit in een zaak waarin het streefgewicht waarbij de dwangbehandeling – die onder meer bestond uit het toedienen van sondevoeding – zou worden beëindigd, op 50 kg was gesteld. De patiënte verzocht in de klachtenprocedure om dit streefgewicht terug te brengen naar 40 kg. De commissie overweegt dat het werkelijke lichaamsgewicht van klaagster aanzienlijk lager ligt dan het door haar voorgestelde streefgewicht van 40 kg en dat haar lichamelijke conditie, haar ziektegeschiedenis van de laatste 17 jaren mede in aanmerking genomen, voor het bereiken van het door de afdeling nagestreefde somatische doel, naar huidige professioneel-medische maatstaven een lichaamsgewicht van minimaal 50 kg vergt. “De commissie acht bij het stellen van dit streefgewicht door de afdeling B. voldaan aan de eis van proportionaliteit, welke ook aan een dwangbehandeling ex art. 38 lid 5 Wet Bopz gesteld mag worden”.

De rechtbank Roermond (30.12.1998, kBJ 1999, 33) besteedt aandacht aan het subsidiariteitsbeginsel door na te gaan in hoeverre het gevaar kan worden afgewend door de gedwongen opname als zodanig: “Niet aannemelijk is geworden dat op dit moment voortzetting van de dwangmedicatie volstrekt noodzakelijk is om gevaar voor anderen en voor zichzelf, voor zover het gevaar voor zelfverwaarlozing en suïcide betreft, te voorkomen. Betrokkene verblijft immers op basis van een rechterlijke machtiging in het psychiatrisch ziekenhuis. Men moet aldaar in staat worden geacht tijdig te signaleren wanneer er verslechtering in het toestandsbeeld van

betrokkene optreedt en waar nodig tijdig de geëigende middelen en maatregelen ter afwendig van het gevaar toe te passen c.q. te treffen”.

Een vergelijkbare afweging maakt de rechtbank Leeuwarden (25.02.2000, kBJ 2000, 34) in een zaak waarin de patiënte in kort geding stopzetting van de dwangbehandeling vordert: “Inderdaad is hier naar het oordeel van de president sprake van de valkuil van de Bopz: het gevaar dat eiseres buiten de kliniek voor de algemene veiligheid van anderen en zichzelf oplevert, rechtvaardigt haar vrijheidsberoving, maar is – eenmaal binnen de kliniek – niet ernstig genoeg om haar tegen haar wil de gedwongen medicatie toe te dienen, welke stopzetting zij in dit kort geding vordert. Als eiseres al gevaarlijk voor anderen is, kan dat gevaar binnen de kliniek zo nodig ook door tijdelijke separaties worden afgewend, zij het dat het afzien van medicatie tot een uitzichtloos langdurig verblijf kan leiden, indien het ziektebeeld niet vanzelf wegeeft of het enkele verblijf in de kliniek (de in de behandelingsplannen beoogde structuur) niet tot genezing van eiseres leidt”.

In een eerdere zaak baseerde de rechtbank Leeuwarden (03.03.1999, kBJ 1999, 50) de volstreekte noodzaak op de “gegronde verwachting dat betrokkene in een situatie zou geraken waarbij hij een zodanig gevaar zou opleveren voor zichzelf of anderen dat dit slechts kon worden afgewend met een dwangbehandeling” (De patiënt was psychotisch, vertoonde geen enkel ziekte-inzicht, was niet bereid om medicatie in te nemen en stelde zich dreigend op tegenover de verpleging).

In een beschikking van 03.10.2000 (kBJ 2000, 68) gaat dezelfde rechtbank nog aanmerkelijk verder dan in het hierboven aangehaalde kort geding vonnis van 25.02.2000, door niet alleen de bewijslast ten aanzien van de aanwezigheid van de volstreekte noodzaak ten tijde van de dwangtoepassing geheel bij de behandelaar te leggen, bij gebreke waarvan de patiënt het voordeel van de twijfel geniet, maar bovendien de behandelaars te verwijten te hebben bijgedragen aan de situatie waarin die dwangtoepassing plaatsvond: “De rechtbank overweegt echter dat het uitgangspunt van de Wet Bopz is dat de lichamelijke (en geestelijke) integriteit van een gedwongen opgenomen patiënt moet worden geëerbiedigd, tenzij zich een noodsituatie of ernstig gevaar voordoet dat een inbreuk op die integriteit rechtvaardigt. Daaruit leidt de rechtbank af dat zo’n inbreuk – zoals gedwongen medicatietoediening – in beginsel niet toelaatbaar is tenzij de behandelaar ook achteraf aannemelijk kan maken dat geen andere oplossing in de gegeven situatie bruikbaar was. Nu is vastgesteld dat een belangrijk aspect van de situatie waarin aan klagster gedwongen medicatie werd toegediend – te weten: gesepareerd zijn – ten onrechte door de behandelaars is geschapen acht de rechtbank het juist vast te stellen dat de behandelaars thans niet meer aannemelijk kunnen maken dat een andere oplossing dan noodmedicatie in de situatie zoals die had behoren te zijn – te weten: niet gesepareerd of terecht gesepareerd – niet bruikbaar was, zodat klagster zich ook over dit aspect van de behandeling naar het oordeel van de rechtbank terecht beklagt”.

2.2.9 De dubbele toetsing

In de tijd die is verstreken tussen de eerste Bopz-evaluatie en de onderhavige heeft het fenomeen van de ‘dubbele toetsing’ nader gestalte gekregen. Hieronder wordt het volgende verstaan. Het afwijzen van een voorgestelde en noodzakelijk geachte behandeling kan onder omstandigheden worden gezien als door de patiënt ervan blijk geven het vrijwillig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis te willen beëindigen als bedoeld in art.2 lid 4 Wet Bopz. Indien aldus de nodige bereidheid tot het verblijf komt te ontbreken, kan een rechterlijke machtiging ter legitimering van een voorgenomen dwangtoepassing worden verleend. De dubbele toetsing bestaat er dan uit dat de rechter, alvorens de machtiging te verlenen, niet alleen toetst of aan de criteria voor gedwongen opname is voldaan, maar tevens anticiperend op de voorgenomen dwangtoepassing toetst of de daarvoor geldende criteria aanwezig zijn. Indien dit niet het geval is, zou de machtiging die speciaal met het oog daarop is aangevraagd niet mogen worden

verleend. De Hoge Raad fiatteerde een dergelijke zienswijze reeds in zijn beschikking d.d. 07.04.1995, NJ 1995, 616. De Hoge Raad bevestigde een en ander, met nadrukkelijke verwijzing naar zijn beschikking uit 1995, in HR 06.02.1998, KBJ 1998, 2, door vast te stellen dat de rechtbank een beoordelingsmarge heeft en dat deze niet wordt overschreden door aan de omstandigheid dat betrokkene iedere noodzakelijke behandelinterventie weigert, de gevolgtrekking te verbinden dat de nodige bereidheid ontbreekt.'

In rechtbank Zutphen 19.12.1997, KBJ 1998, 19 wordt een vordering tot het verlenen van een voorlopige machtiging, teneinde dwangbehandeling te kunnen toepassen, afgewezen als niet op de wet gegrond en wordt de suggestie gedaan om betrokkene (onder dwang?) te behandelen op basis van de WGBO.

Zo dwangbehandeling op basis van de WGBO in een situatie als deze echter al mogelijk is, kleeft aan die weg het bezwaar dat deze wet met te weinig rechtswaARBorgen is opgetuigd om een dergelijke inbreuk op de lichamelijke en geestelijke integriteit te kunnen rechtvaardigen. De Wet Bopz bevat ten aanzien van dwangbehandeling meer procedurele eisen, voorziet in inspectietoezicht en biedt via de klachtenprocedure van art. 41 laagdrempelige toegang tot de rechter. Hiernaar verwijzend, geeft Widdershoven in zijn annotatie onder genoemde uitspraak van de rechtbank Zutphen de aftrap tot de zogenaamde "dubbele toetsing": in dergelijke situaties moet bij het verlenen van de machtiging zowel de noodzaak van de dwangopneming als de noodzaak van de dwangbehandeling vaststaan. Hij wijst er evenwel met nadruk op dat de machtiging waaraan een dergelijke toetsing ten grondslag ligt, geen vrijbrief voor dwangbehandeling biedt: de feitelijke beslissing tot dwangtoepassing blijft voorbehouden aan de behandelaar en valt ook onder diens verantwoordelijkheid. In rechtbank 's-Hertogenbosch 24.07.1998, KBJ 1998, 50 toetst de rechtbank aan het criterium ernstig gevaar waar voortzetting van de inbewaringstelling wordt gevorderd om dwang (in casu separatie) te kunnen toepassen, doch verzuimt te toetsen aan de criteria voor het verlenen van de inbewaringstelling als zodanig. In rechtbank Amsterdam 30.10.1998, KBJ 1999, 5, wordt een voorlopige machtiging gevorderd voor een in een zwakzinnigeninrichting verblijvende man, ten aanzien van wie de inrichting kamerarrest en vrijheidsbeperkingen wil toepassen. De rechtbank komt niet toe aan de – door de advocaat bepleite – dubbele toetsing, omdat niet gebleken zou zijn dat dwangbehandeling wordt beoogd. In zijn annotatie onder deze uitspraak stelt Widdershoven dat nadere toetsing hier gewenst was, nu uit de beschikking blijkt dat met de RM primair werd beoogd om betrokkene tegen zijn wil in zijn kamer te kunnen opsluiten. Widdershoven concludeert voorzichtig dat de door hem voorgestane dubbele toetsing "inmiddels hier en daar ingang in de rechtspraak heeft gevonden".

In rechtbank Haarlem 13.08.1998, KBJ 1999, 17, is de aanvraag van een rechterlijke machtiging teneinde ECT te kunnen toepassen aan de orde. De rechtbank voert minder expliciet dan in de hierboven aangehaalde uitspraken een dubbele toetsing uit, maar constateert wel dat dwangmedicatie "volstrekt op zijn plaats" is en verleent de machtiging. Opmerkelijk is de toevoeging van de rechtbank dat toepassing van ECT niet op zijn plaats is en dat daarvan pas sprake kan zijn als alle lichtere mogelijkheden zijn uitgeput en ECT de enige en laatste mogelijkheid van behandeling is. In haar annotatie onder deze uitspraak merkt Van de Klippe op dat de rechter, als hij een dubbele toetsing voor ogen heeft gehad, hij deze best explicieter had mogen uitvoeren omdat thans in het ongewisse blijft of hij de noodzaak van dwangbehandeling inderdaad aan een aangescherpt gevaarscriterium heeft getoetst. Van de Klippe zelf neemt geen duidelijk standpunt in ten aanzien van de dubbele toetsing als zodanig.

In rechtbank Roermond 24.11.1999, KBJ 2000, 13 wordt een inbewaringstelling verleend teneinde de patiënt te kunnen separeren. De rechtbank benadrukt evenwel dat hiermee de rechtvaardiging van dwangmiddelen niet is gegeven en dat alleen de externe rechtspositie aan de orde is. In zijn annotatie bij deze uitspraak hekelt Van Ginneken het fenomeen van de dubbele toetsing en kwalificeert deze als "het verder aflopen van een dwaalspoor". Hij wijst erop

dat de wetgever nadrukkelijk onderscheid maakt tussen dwangopneming enerzijds en dwangbehandeling anderzijds. De RM als ultimum remedium komt zijns inziens onder druk te staan indien men “deze dimensies door elkaar haspelt”. Van Ginneken acht strikte interpretatie van de wet geboden, nu het om vrijheidsbeneming gaat en constateert dat de Wet Bopz geen oplossing biedt voor het onderhavige dilemma. In zijn annotatie geeft hij overigens ook een lezenswaardig overzicht van de te dezen relevante jurisprudentie vóór 1997.

In rechtbank 's-Hertogenbosch 06.10.1999, kBJ 2000, 30, wordt een voorlopige machtiging verleend voor een verstandelijk gehandicapte man, opdat electro aversie therapie jegens hem kan worden toegepast. De rechtbank toetst expliciet aan art. 38 lid 5 Wet Bopz. In zijn annotatie onder deze uitspraak toont Blankman zich geen principieel tegenstander van de dubbele toetsing, doch stelt hij deze slechts toepasbaar te achten als de rechter ervan overtuigd is dat de WGBO geen soelaas biedt. Het voordeel van de betere rechtsbescherming van de Wet Bopz weegt zijns inziens niet op tegen het nadeel van het verlies van bewegingsvrijheid. Voorts wijst hij op de mogelijkheid om, ten aanzien van patiënten die via de indicatiecommissieprocedure van art. 60 Wet Bopz zijn opgenomen, de procedure van art. 42 van de wet te benutten (de inspecteur kan de noodzakelijkheid van de behandeling laten toetsen door de rechter). Dwangopneming en dwangbehandeling blijven langs deze weg gescheiden, aldus Blankman. In rechtbank Amsterdam 10.10.2000, BJ 2001, 7, ten slotte, wordt een voorlopige machtiging verleend ten behoeve van het toepassen van dwangbehandeling (medicatie en maatregelen) op een patiënt in een zwakzinnigeninrichting, waarbij de rechtbank expliciet een mogelijke oplossing langs de weg van de WGBO afwijst ten faveure van de betere rechtsbescherming van de Wet Bopz. In zijn annotatie onder deze uitspraak zet Widdershoven de verschillende standpunten ten aanzien van de dubbele toetsing nog eens op een rijtje en reageert hij op de annotaties van Van Ginneken en Blankman. Het standpunt van Van Ginneken biedt zijns inziens een “magere handreiking aan de praktijk” en gaat in wezen voorbij aan het probleem in kwestie, terwijl het standpunt van Blankman naar zijn mening onvoldoende recht doet aan het feit dat ook gedwongen opgenomen patiënten ingevolge art. 40 Wet Bopz in beginsel bewegingsvrijheid genieten. Hij verwijst naar Dijkers (annotatie onder rechtbank Alkmaar 10.02.1998, kBJ 1998, 43), die stelt dat een RM niets verandert aan de feitelijke situatie van de patiënt. Voorts stelt hij, ten aanzien van de door Blankman voorgestelde weg langs art. 42 Wet Bopz, dat ook dan in geval van indicatiestelling ex art. 60 Wet Bopz een dubbele toetsing behoort plaats te vinden.

2.2.10 Samenvatting en conclusies

Evenals ten tijde van het eerste evaluatieonderzoek, laat de jurisprudentie uit de periode 1997-2000 een tamelijk verbrokkeld beeld zien. Niettemin komen enkele tendensen voorzichtig naar voren, waarvan de belangrijkste wellicht is dat de criteria voor dwangbehandeling thans wat enger lijken te worden geïnterpreteerd dan in de vroege art. 41-jurisprudentie het geval was. Zo lijkt de aanvankelijke opmars van het latente gevaar te zijn ingedamd door het vereiste van 'tastbaarheid' en sowieso aan betekenis te hebben ingeboet en worden de diverse psychiatrische, psychische en sociale invaliditeiten in recente rechtspraak in mindere mate gehonoreerd als ernstig gevaar in de zin van art. 38 lid 5 Wet Bopz. Opmerkelijk is dat, nu de jurisprudentie zich juist heeft bewogen in de richting een strikte hantering van het gevaarscriterium, deze ontwikkeling lijkt te worden ingehaald door de feiten, nu tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging een amendement is ingediend strekkende tot het schrappen van het woord 'ernstig' (gevaar) uit artikel 38 lid 5, derde volzin. Ten aanzien van het criterium 'verzet' lijkt de gedachte dat de wilsonbekwaamheid van de betrokkene ter zake een voorwaarde is voor de legitimiteit van de dwangbehandeling terrein te winnen. Toetsing aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid (het criterium 'volstrekt noodzakelijk') lijkt in vergelijking tot de eerste evaluatie iets meer gestalte te hebben gekregen, doch vindt nog niet structureel plaats. Wel lijkt er een lichte tendens waarneembaar, om in die

toetsing de afwending van het gevaar door de gedwongen opneming als zodanig te betrekken. Het toekomstige cassatieberoep tegen art. 41-beschikkingen lijkt echter onverminderd opportuun ter bevordering van de rechtseenheid in deze zaken.

Het fenomeen van de dubbele toetsing heeft gedurende de periode 1997-2000 geleidelijk zijn intrede gedaan en lijkt in toenemende mate een ingang te vinden in de rechtspraak. De meningen over de wenselijkheid van deze ontwikkeling zijn verdeeld. Van belang is te vermelden dat de dubbele toetsing node is ontstaan bij het ontbreken van een duidelijke, met rechtswaarborgen omklede, regeling van dwangbehandeling in de WGBO. Het mag wenselijk heten dat de wetgever deze lacune invult.

2.3 Klachtencommissies

2.3.1 Inleiding

Het iBMG heeft enquêteformulieren verzonden naar 29 APZ-en, 3 PUK-en en 9 PAAZ-en, waaraan ten behoeve van dit deelproject vragen waren toegevoegd over de inhoudelijke knelpunten bij de interpretatie van de cruciale begrippen uit de regeling van dwangbehandeling. Er werden 25 ingevulde formulieren retour gezonden, waarvan er 19 afkomstig waren van APZ-en, 5 van PAAZ-en en 1 van een PUK. Via de enquêteformulieren zijn de klachtencommissies ondervraagd op hun mening over de problemen bij het toepassen van de wettelijke bepalingen inzake dwangbehandeling. Dat laatste is uitgesplitst naar de interpretatie van de begrippen 'verzet', 'volstrekt noodzakelijk', 'ernstig gevaar voor de patiënt zelf of anderen' en overige begrippen. Ten slotte werd de klachtencommissies verzocht het inhoudelijke knelpunt per begrip nader toe te lichten.

2.3.2 Problemen bij het toepassen van de wettelijke bepalingen inzake dwangbehandeling

Van de ondervraagde klachtencommissies van APZ-en gaven 13 aan geen problemen te hebben bij het toepassen van de wettelijke bepalingen inzake dwangbehandeling en één hier nog geen ervaring mee te hebben opgedaan. Opmerking verdient dat in drie van de APZ-en waarin geen problemen worden ervaren, één en dezelfde klachtencommissie functioneert. De klachtencommissie van de PUK meldde eveneens geen problemen te hebben met het toepassen van de wettelijke criteria. Hetzelfde gold voor 2 van de 5 klachtencommissies van de PAAZ-en. Bij laatstgenoemde categorie werd éénmaal de toevoeging "niet van toepassing" vermeld, wat mogelijk duidt op geen ervaring met de materie. De overige 3 PAAZ-klachtencommissies lieten de vraag onbeantwoord.

De klachtencommissies van 8 APZ-en gaven aan wél problemen te hebben met het toepassen van de wettelijke criteria voor dwangbehandeling. Hierbij wordt opgemerkt dat in 2 van de betreffende APZ-en dezelfde klachtencommissie functioneert.

2.3.3 'Volstrekt noodzakelijk'

4 klachtencommissies gaven aan moeite te hebben met de interpretatie van het criterium 'volstrekt noodzakelijk'. In de toelichting vermeldde een klachtencommissie dat interpretatieproblemen zich met name voordoen als de patiënt de diagnose en de voorgeschreven medicatie aanvecht. Een andere commissie signaleerde het probleem dat interpretatie altijd achteraf plaatsvindt: uitspraken en bedoelingen kunnen op het moment zelf heel anders liggen dan tijdens de behandeling van de klacht. Een derde commissie gaf aan problemen te hebben met de grens tussen volstreekte noodzaak en bestwil. De vierde commissie constateerde in het algemeen dat de interpretatiemogelijkheid van de criteria voor dwangbehandeling te ruim is en

dat een duidelijker afgrenzing gewenst is.

2.3.4 'Ernstig gevaar'

6 klachtencommissies blijken problemen te hebben met de interpretatie van het criterium 'ernstig gevaar'. De volgende opmerkingen werden in de toelichtingen aangetroffen:

- Moet het optreden van recidiverende psychoses na enige tijd als 'ernstig gevaar' worden gezien?;
- Meningsverschil over de interpretatie van 'ernstig gevaar' tussen de klachtencommissie en de raad van bestuur;
- Achteraf is moeilijk toetsbaar of er ten tijde van de dwangtoepassing daadwerkelijk sprake was van 'ernstig gevaar';
- De grens tussen 'gewoon' en 'ernstig' gevaar is moeilijk te bepalen;
- Verschil in beleving van gevaar en daadwerkelijk gevaar in de zin van art. 38 lid 5 Wet Bopz: behandelaren hebben moeite met de omschrijving van 'ernstig gevaar' binnen de Bopz-criteria;
- Duidelijke afgrenzing van 'ernstig gevaar' ontbreekt.

2.3.5 'Verzet'

Het interpreteren van 'verzet' in de zin van art. 38 lid 5 Wet Bopz blijkt 4 klachtencommissies hoofdbreken te kosten. De volgende problemen werden in de toelichtingen gesignaleerd:

- Achteraf is moeilijk vast te stellen of er ten tijde van de dwangtoepassing sprake was van 'verzet';
- Duidelijke afgrenzing van wat onder 'verzet' moet worden verstaan ontbreekt.

Verdere toelichting werd helaas niet gegeven.

2.3.6 Overige begrippen

Twee klachtencommissies maakten melding van problemen bij de interpretatie van andere dan de hierboven besproken begrippen. Eénmaal werd de overgang van M&M naar dwangbehandeling na het verstrijken van de 7 dagen termijn voor het toepassen van M&M genoemd. Dwangbehandeling moet een therapeutisch oogmerk hebben, terwijl M&M ook kunnen worden toegepast uit beveiligingsmotieven. Wat te doen als M&M ter beveiliging na 7 dagen nog steeds noodzakelijk worden geacht en een therapeutisch doel ontbreekt?

Moeten de betreffende M&M dan toch in het behandlungsplan worden opgenomen of is dwangbehandeling, bij het ontbreken van een therapeutisch oogmerk, dan in het geheel niet mogelijk? Een andere commissie, die werkzaam is in twee van de onderzochte APZ-en, noemde het verschil tussen dwang en drang als lastig te interpreteren.

2.3.7 Samenvatting en conclusies

Een meerderheid van de klachtencommissies zegt geen problemen te hebben bij het toepassen van de Bopz-criteria voor dwangbehandeling. Opvallend is dat problemen alleen worden gemeld vanuit de APZ-klachtencommissies. Mogelijk wordt het beeld vertekend door gebrek aan ervaring met de materie bij de PUK- en PAAZ-klachtencommissies. De resultaten geven aanleiding tot een dergelijke veronderstelling, nu van de vijf PAAZ-commissies er één aangeeft de vraag niet van toepassing te achten en drie de vraag in het geheel niet hebben beantwoord. Een derde van de ondervraagde klachtencommissies ervaart wel problemen met de interpretatie van de Bopz-criteria voor dwangbehandeling en aanverwante begrippen.

De interpretatie van het begrip 'ernstig gevaar' blijkt de meeste problemen op te leveren, gevolgd door – in gelijke mate – de begrippen 'volstrekt noodzakelijk' en 'verzet'. Er lijkt behoefte te zijn aan een duidelijker begrenzing en definitie van genoemde begrippen.

Daarnaast wordt het verschil tussen dwang en drang als moeilijk ervaren en wordt gesignaleerd dat de wet geen duidelijk antwoord geeft op de vraag wat er moet gebeuren als M&M ter

beveiliging ook na het verstrijken van de 7 dagen termijn nog moeten worden toegepast, zonder dat een therapeutisch oogmerk de interventie kan legitimeren.

2.4 Eisenstellende documenten

2.4.1 Inleiding

Evenals in het onderzoek van 1996 is het doel van dit deelonderzoek na te gaan in hoeverre de voorschriften van artikel 38-40 van de wet Bopz, en de bijbehorende Besluiten (Administratieve Bepalingen en Rechtspositieregelen) verwerkt zijn in de zogenaamde eisenstellende documenten van de instellingen.

Ten behoeve van de huidige evaluatie zijn 10 instellingen aangeschreven:

- 3 Psychiatrische afdelingen bij een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ -en)
- 2 Psychiatrische Universiteitsklinieken (PUK -en)
- 5 Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ -en)

Allen hebben zij de nodige documentatie toegezonden. Het onderzoek werd enigermate bemoeilijkt door het feit dat niet van alle instellingen dezelfde soort documenten ontvangen werd. Zo stuurden niet alle instellingen hun huisregels op; mogelijk beschikt nog niet elke instelling daarover. Tevens beschikt niet elke instelling over protocollen voor dwangtoepassing. In totaal zijn 89 documenten onderzocht op hun Bopz -conformiteit. Naast genoemde protocollen voor dwangtoepassing en de huisregels zijn onder meer informatiebrochures, beleidsnota's en werkinstructies bestudeerd. Hoewel het aantal meewerkende instellingen relatief klein is levert het grote volume aan materiaal belangwekkende informatie op.

De opbouw van het onderdeel eisenstellende documenten is als volgt:

In paragraaf 2 worden de huisregels onder de loupe genomen; niet alleen die regels die als zodanig afzonderlijk zijn aangeduid en ingestuurd, maar ook de huisregels die zijn aangetroffen in de informatiebrochures van de instellingen. In paragraaf 3 wordt aandacht besteed aan het schriftelijk informatiemateriaal dat aan patiënten wordt uitgereikt. In paragraaf 4 zal worden ingegaan op de documenten die richtlijnen bevatten voor de medewerkers bij de uitvoering van de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz. Het gaat hierbij om de protocollen, beleidsnota's, werkinstructies en dergelijke. Onder die medewerkers zijn psychiaters, arts-assistenten, verpleegkundigen, geneesheren-directeur, zij allen kunnen op de een of andere wijze taken hebben bij de uitvoering van of beslissingen tot Bopz -maatregelen. Vervolgens zal in paragraaf 5 gezien worden of de meldings- en registratieformulieren die bij de uitvoering van middelen en maatregelen en dwangbehandeling worden gebruikt voldoen aan de wettelijke vereisten. Voor zover deze formulieren voorzien zijn van instructies zullen deze ook bij de beschouwing worden betrokken.

In paragraaf 6 wordt afgesloten met een samenvatting en conclusies, waarin tevens een vergelijking met de resultaten van de eerste evaluatie zal worden gemaakt.

2.4.2 Huisregels

In deze paragraaf gaat het om de vraag in hoeverre de huisregels van de instellingen voldoen aan de eisen die de Bopz daaraan stelt, in welke mate worden in de huisregels de rechten van de Bopz -patiënten gerespecteerd?

Van de tien aangeschreven instellingen werden vierentwintig stuks huis- en afdelingsregels ontvangen. Het aantal ontvangen regelingen komt niet overeen met het aantal instellingen, omdat enkele instellingen van meerdere afdelingen de regels toezonden. Daarnaast zonden

enkele instellingen in het geheel geen huisregels in. Ook worden de huisregels die voorkomen in de opgestuurde informatiebrochures besproken.

Tevens zal ingegaan worden op eventuele opvallende verschillen per instellingscategorie. De onderzochte instellingen zijn te onderscheiden in drie categorieën:

- Psychiatrische afdelingen bij een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ -en)
- Psychiatrische Universiteitsklinieken (PUK -en)
- Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ -en).

Ten behoeve van de leesbaarheid wordt in het vervolg van de huisregels gesproken, ook als afdelingsregels worden bedoeld.

Eerst zal aandacht besteed worden aan de wettelijke vereisten waaraan huisregels moeten voldoen, dan aan de vraag in hoeverre de huisregels in de praktijk daaraan voldoen, gevolgd door de eventuele verschillen per instellingsoort.

Juridisch kader

Artikel 37 lid 1 wet Bopz bepaalt dat de huisregels (naast de aan de patiënt toekomende rechten) aan de patiënt en zijn naaste betrekkingen zo spoedig mogelijk na opname moeten worden uitgereikt⁵. Over de inhoudelijke vereisten voor de regels zwijgt de wettekst: deze worden nader uitgewerkt in het Besluit Rechtspositieregelen Bopz. Dit schrijft voor dat de huisregels niet meer mogen bepalen dan voor een ordelijke gang van zaken in het ziekenhuis noodzakelijk is en de vrijheid van handelen van de patiënt niet verder mogen beperken dan voor een dergelijke gang van zaken nodig is (art.3.)

Wat er wel en niet onder de orde in het ziekenhuis mag worden begrepen is dan natuurlijk de volgende vraag en in dit verband is het van belang om te weten wat er niet in de huisregels mag staan. Daarvoor moeten we te rade gaan bij de Nota van toelichting, die daar een halve pagina aan wijdt.

Samengevat blijkt uit de Nota dat de wetgever met de begrenzing van de huisregels het volgende op het oog heeft:

- geen verdere beperkingen dan die de wet zelf geeft en vanzelfsprekend geen 'huisregels die inbreuk maken op aan de patiënt in de wet toegekendepatiëntenrechten'
- alleen vrijheidsbeperkende huisregels '*voor zover nodig om het psychiatrisch ziekenhuis een geordende samenleving te doen zijn*'
- geen beperkingen '*die samenhangen met de kwaliteit van de patiënt*'...'*Zo zal niet in de huisregels geregeld kunnen worden dat in geval van hinderlijk gedrag beperking van bewegingsvrijheid zal volgen*'.
- huisregels mogen geen strafkarakter hebben en daarom geen sancties bevatten: '*Wat het gevolg is van het niet naleven van de huisregels is geen in het algemeen te regelen kwestie*'.

*Huisregels zijn er om de algemene en praktische gang van zaken te regelen, zoals bijvoorbeeld etenstijden en om onderlinge overlast te voorkomen door middel van b.v. bezoektijden en slaaptijden. Huisregels zijn niet gebaseerd op individuele voorvallen of uitzonderingen maar geven de algemene lijn aan. Huisregels behandelen zaken ten aanzien van het verblijf en niet ten aanzien van de behandeling. Persoonlijke zaken worden niet in de huisregels geregeld maar in het individuele behandelingsplan of elders in het dossier. Dit geldt ook voor vergaande beperkingen in de vrijheid van handelen van de patiënt. Huisregels kunnen niet gebruikt worden voor het aanbrengen van beperkingen die samenhangen met de kwaliteit van de patiënt.*⁶

⁵ Of in de praktijk die uitreiking naar behoren plaatsvindt wordt hier niet behandeld. Zie hiervoor de hoofdstukken 3 en 4, waarin behandelaars en patiëntenvertegenwoordigers aan het woord komen.

⁶ Toelichting bij het model huisreglement van de NVGGz uit 1995. Deze organisatie is opgegaan in GGZ Nederland, die ook een model regeling heeft uitgegeven.

Model – huisreglement GGZ Nederland

Een ander, meer gedetailleerd toetsingsinstrument voor de huisregels is het Model - huisreglement van GGZ Nederland van 1999. Dit model is in een brede kring van vertegenwoordigende organisaties besproken en gaat volledig uit van de Wet, het Besluit en de Nota van toelichting. Om die reden zou dit document bij de instellingen bekend en gezaghebbend kunnen zijn.

Dit model maakt onderscheid ten aanzien van wat wel en niet in de huisregels mag worden geregeld en geeft vervolgens voor elk te regelen onderwerp een model-formulering.

Volgens dit model behoren, op grond van de Wet Bopz niet in de huisregels voor te komen:

- regels over gedrag,
- sancties in het algemeen en sancties op het niet naleven van de huisregels
- beperkingen in de bewegingsvrijheid, telefoonverkeer, ontvangen van bezoek
- persoonlijke verzorging
- verlof, ontslag en overplaatsing
- inhoud van en deelname aan therapieën en activiteiten
- medicijngebruik
- middelen en maatregelen
- dwangbehandeling
- urinetesten
- seksualiteit
- financiën, verzekeringen en aansprakelijkheid
- verbod op gebruiken bepaalde voeding en drank (bijvoorbeeld koffie en cola)
- het verplicht aanwezig zijn van personeel bij telefoongesprekken en bezoek

In dit deelonderzoek zal het model van de GGZ Nederland, naast de wettekst en de Nota van toelichting bij het Besluit rechtspositieregelen worden gebruikt om na te gaan in hoeverre de huisregels van de instellingen voldoen aan de daar gestelde eisen.

Huisregels in de praktijk

De onderzochte huisregels bleken op verschillende punten niet in overeenstemming te zijn met de wettelijke uitgangspunten. In dit deelonderzoek zijn deze afwijkingen verdeeld in twee categorieën: 1^e huisregels die door de wet niet toegelaten worden omdat ze onderwerpen betreffen die er niet in thuishoren; 2^e huisregels die wel toegelaten zijn maar te ver gaan omdat ze meer bepalen dan toegestaan is. De eerste categorie wordt ten behoeve van de leesbaarheid aangeduid met 'Teveel regels', de tweede met 'Te vergaande regels'.

Teveel regels

Het model van GGZ Nederland bevat de volgende onderwerpen die in de huisregels geregeld kunnen worden:

Slaap- en rusttijden, etenstijden, therapietijden, bezoektijden, post, gevaarlijke voorwerpen, roken, alcohol, drugs, huisdieren, schoonmaken, fotograferen, handelen, en klachten, telefoneren, privé -bezittingen, wasgoed en voorzieningen.

Een klachtenregeling wordt meestal in een afzonderlijke brochure opgenomen, onder verwijzing daarnaar in de huisregels⁷.

Zoals hierboven is aangegeven zijn er ook onderwerpen die volgens de wetgever en in diens spoor door GGZ Nederland niet in de huisregels behoren te zijn geregeld. In de praktijk wordt deze lijst echter niet aangehouden. De verzameling onderzochte huisregels laat in dit opzicht de volgende "extra's" zien:

- regels betreffende seksualiteit en intimiteit (bijvoorbeeld een verbod op: 'iedere vorm van intieme relaties')
- rechten die in de wetgeving reeds zijn neergelegd, zoals het inzien van het dossier

⁷ In hoeverre de klachtenregelingen voldoen aan de wet Bopz is hier niet onderzocht.

- omgangsregels (bijvoorbeeld: 'Er wordt van u verwacht dat u normale omgangsregels ten aanzien van wellevendheid met betrekking tot staf en medepatiënten in acht neemt')
- verplichting tot deelname aan therapie en maaltijden
- op overtreden van huisregels (bijvoorbeeld overplaatsing en ontslag, bij bezit van drugs wordt aangifte gedaan bij de politie).

Kennelijk achten de instellingen een uitgebreidere regelgeving noodzakelijk dan voor de geordende gang van zaken in het ziekenhuis toegelaten is. Dit teveel aan regelgeving wordt hieronder besproken.

Verplichting tot deelname aan therapie, maaltijden en andere activiteiten.

Het komt vaker voor in de huisregels dat de patiënt min of meer verplicht wordt gesteld om deel te nemen aan het algemene behandel- of activiteitenprogramma, dan wel aan het programma dat individueel met hem is afgesproken. Enkele voorbeelden:

'Van de voorgeschreven medicatie wordt verwacht dat u ze gebruikt. Het maakt deel uit van de behandeling en kan daar zelfs voorwaarde voor zijn.' 'Met u wordt een behandelprogramma afgesproken. Aan dit programma dient u deel te nemen.'

'Dagopening: Vindt elke werkdag plaats om 8.45 uur in de huiskamer, iedereen wordt geacht hier aangekleed bij aanwezig te zijn.'

Het verplichten tot het volgen van een algemeen behandelprogramma staat op gespannen voet met de bedoeling van de wetgever. In de wet Bopz wordt onderscheid gemaakt tussen behandeling en verblijf. Behandelingsactiviteiten behoren individueel bepaald te worden, alleen wat in het kader van het verblijf noodzakelijk wordt geacht leent zich voor algemene regels. Individuele behandelafspraken hebben volgens de wetgever bovendien voorrang op de huisregels en kunnen daar dan ook van afwijken.

In de regels waarbij patiënten verplicht worden tot deelname aan algemene (behandelings -) activiteiten wordt het in de wet gemaakte onderscheid tussen behandeling en verblijf dus onvoldoende in acht genomen. Daarmee krijgen patiënten meer verplichtingen opgelegd dan is toegestaan.

Een voorbeeld uit een van de huisregels van hoe het wel kan: 'Therapietijden. De gebruikelijke tijden voor therapie en activiteiten zijn van maandag t/m/ vrijdag. In uw behandelplan wordt dit nader gespecificeerd.'

Rechten van de patiënt in de huisregels

Soms worden in de huisregels bestaande rechten vermeld. Zoals het wettelijk geregelde recht op inzage in het dossier. Of dat in de huisregels op zijn plaats is kan worden betwijfeld, het recht op dossierinzage is immers niet noodzakelijk voor de goede orde in het ziekenhuis. Vermelding van dit recht in de huisregels kan bovendien de indruk wekken dat andere wettelijke rechten, die niet in de huisregels staan, door de instelling niet zouden worden gehonoreerd. Beter is het de wettelijke rechten in een aparte brochure op te nemen, hetgeen ook de strekking is van de Wet Bopz⁸. Overigens is dit in de meeste instellingen gebruikelijk.

In een instelling kwam de huisregel voor: 'U heeft het recht op inzage in uw dossier, mits dit de behandeling niet zal schaden'. Deze door het ziekenhuis kennelijk gehanteerde beperking van het inzagerecht berust niet op enige wettelijk grondslag.

Vrijheidsbeperking

Ook vrijheidsbeperkingen komen nog steeds in de huisregels voor. In de regels van enkele gesloten afdelingen valt te lezen dat alle patiënten, soms ook de vrijwillig opgenomen, hun opname beginnen met een gesloten verblijf. Zonder bijzondere toestemming van de staf mogen

⁸ artikel 37.1 wet Bopz

ze dan de afdeling niet verlaten. 'U bent in uw bewegingsvrijheid beperkt. U mag de afdeling van het ziekenhuis niet zonder toestemming verlaten'. Veelal moet men deze vrijheden 'verdie-
nen', na verloop van tijd, 'afhankelijk van hoe het met u gaat'(wat dat ook betekenen moge)
kunnen er vrijheden worden verleend.

Dit is in strijd met de Wet Bopz en het door GGZ Nederland gegeven kader. Uitgangspunt in de
Wet Bopz is dat de patiënten de vrijheid toekomt om buiten de afdeling op het terrein van het
ziekenhuis te verkeren. Beperking van de bewegingsvrijheid vereist een met redenen omklede
in het individuele geval genomen beslissing⁹. In bepaalde gevallen kan dit recht worden inge-
perkt, namelijk indien het gebruik van de bewegingsvrijheid door de patiënt leidt tot ernstige
nadelige gevolgen voor zijn gezondheidstoestand of tot verstoring van de orde in het zieken-
huis. Ook de voorkoming van strafbare feiten is een grond voor beperking van de bewegings-
vrijheid. De redenen voor deze beslissing mogen daarom niet worden veralgemeniseerd en niet
in de huisregels opgenomen worden. Het zal duidelijk zijn dat wat uitgangspunt is voor de Bopz-
patiënten (die met dwang opgenomen zijn) te meer geldt voor de vrijwillig opgenomenen.
Andere beperkingen van vrijheden, zoals van het ontvangen van post en bezoek werden niet in
de huisregels aangetroffen. De huisregels bevatten de nodige informatie omtrent de gang van
zaken bij bezoek, telefoneren en dergelijke.

Sancties

Sancties in de huisregels komen ook nog hier en daar voor. Meestal na de constatering van het
gebruik van alcohol of drugs en de sanctie is dan afzondering in de eigen kamer, overplaatsing
of ontslag.

In één instelling wordt ontslag verbonden aan het gebruik van geweld.

'Geweld of dreigen met geweld wordt niet toegestaan; dit kan ontslag tot gevolg hebben'.

'Gebruik van deze middelen (alcohol of drugs) heeft ontslag tot gevolg na overleg met de
psychiater'.

Dat gewelddadigheid van de patiënt onder omstandigheden volgens de instelling moet leiden
tot ontslag of overplaatsing behoeft rechtens niet onjuist te zijn. Ook is een verbod op het
gebruik van geweld gelet op het wettelijke vereiste van maatschappelijk betamelijkheid denk-
baar, maar 'Wat het gevolg is van het niet naleven van de huisregels, is geen in het algemeen
te regelen kwestie.'¹⁰

Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor de gevallen waarin patiënten de huisregels op andere
wijze overtreden.

Omgangsregels, seksualiteit

Tenslotte is het de vraag of regels voor de omgang thuishoren in de huisregels van de instellin-
gen. Deze komen in verschillende vormen voor, zoals regels met betrekking tot 'wellevendheid'
en intimiteit en seksualiteit tussen patiënten.

Er zijn instellingen die de huisregels expliciet beschouwen als omgangsregels: 'Deze huisregels
zijn zo geformuleerd dat je ook zou kunnen spreken van gewenste omgangsvormen'. Hiermee
laten deze instellingen zien van een ander, ruimer kader voor de huisregels uit te gaan dan de
wet bedoelt en zoals dat in de Nota van toelichting Besluit rechtspositieregelen te vinden is.
Huisregels zijn toegestaan voor zover dat noodzakelijk is voor 'een geordende samenleving'
dan wel voor 'wat in het maatschappelijk verkeer betamelijk is'.

'Gewenste omgangsvormen' is daarmee niet synoniem en kan ruimer worden uitgelegd dan
toelaatbaar is.

Deze ruimere opvatting ten aanzien van wat aan patiënten mag worden opgelegd is in de
huisregels van meerdere instellingen terug te vinden. Zoals: 'Er wordt van u verwacht dat u
normale omgangsregels ten aanzien van wellevendheid met betrekking tot staf en medepati-

⁹ artikel 40.3 wet Bopz

¹⁰ Nota van toelichting bij het Besluit rechtspositieregelen Bopz.

enten in acht neemt.’ En: ‘Er wordt van u verwacht dat u zich behoorlijk verzorgt en kleedt’. Andere regels, zoals gekleed en gewassen aan tafel te komen kunnen in verband gebracht worden met wat in het maatschappelijk verkeer betamelijk is.

De vraag is voorts of verboden op intiem en seksueel contact met ander patiënten wettelijk gezien mogelijk is.

Enkele instellingen kennen een dergelijk verbod. ‘Het aangaan of onderhouden van iedere vorm van intieme relaties met medepatiënten gedurende de opname is niet toegestaan’. Bij sommige instellingen wordt dit verbod gevolgd door de mededeling dat dergelijke contacten voor de behandeling ongewenst worden geacht. Bij de andere instellingen is het niet duidelijk wat er de achtergrond van is. Voor een dergelijk verbod dat gegrond wordt op behandelingsdoelen geldt dat dit niet thuishoort in de huisregels. Behandelingsafspraken behoren volgens de wetgever individueel te worden gemaakt. Niet duidelijk is of deze regels in de andere gevallen bedoeld zijn om de orde in het ziekenhuis te handhaven dan wel vanuit hetgeen maatschappelijk betamelijk wordt geacht. Voor zover dit de achtergrond is lijkt het een absoluut verbod op dergelijke contacten discutabel. Een direct verband tussen deze normen en een dergelijk verbod is niet gemakkelijk te leggen.

In een ander ziekenhuis wordt het recht seksualiteit niet verboden maar juist erkend:

‘U heeft recht op intimiteit en seksualiteit.’ Deze zin vormde overigens de aanloop naar de vermaning met seksualiteit en intimiteit zonder overlast om te gaan.

Te ver gaande regels

In de verzameling huisregels zijn ook regels aangetroffen die, terwijl ze onderwerpen regelen die binnen het wettelijk kader toelaatbaar zijn, te ver gaan.

Alcohol en drugs

Bijna alle instellingen kennen een totaal verbod op gebruik en bezit van alcohol en drugs. ‘Het gebruik van alcohol op de unit is verboden.’ ‘Het gebruik van alcohol en / of drugs is in strijd met de behandelvisie.’

De eerste kanttekening die hierbij wordt gemaakt is dat een absoluut verbod op gebruik van alcohol verder gaat dan noodzakelijk is. Alcoholmisbruik daarentegen kan leiden tot verstoring van de geordende samenleving en een verbod daarop zou wel Bopz-conform zijn. Een dergelijke regel werd echter niet aangetroffen.

Voor het ‘normaal’ gebruik van alcohol ligt dit anders. Begrijpelijk is het dat het ziekenhuis de patiënt wil afraden bij bepaalde medicatie alcohol te gebruiken en daarover afspraken met hem wil maken. Verschillende ziekenhuizen kennen regels waarin het gebruik van alcohol wordt afgeraden. Maar daarmee komt men op het terrein van de behandeling en de behandelovereenkomst, hetwelk zich niet leent voor algemene regelgeving, maar thuishoort in het individuele behandelingsplan. Daarnaast is niet voor alle patiënten een normaal gebruik van alcohol gecontraïndiceerd en is het wenselijk te differentiëren naar het soort afdeling waar men verblijft. Op een woonafdeling kunnen soepeler regels gelden dan op een opname- of detoxafdeling. Absolute alcoholverboden gaan vaak gepaard met vergaande handhavingsmaatregelen. ‘De verpleging heeft het recht om alcohol en drugs in bewaring te nemen en over te dragen aan de politie.’ ‘Heeft u bij binnenkomst alcohol en of drugs in uw bezit dan kunt u deze bij de staf inleveren. De leden van de staf zullen dit dan vernietigen.’

Bezit en handel van drugs worden overal in de huisregels absoluut verboden, dat kan ook omdat de Nederlandse wetgeving dit verbiedt. Toch ook hier een kanttekening, te weten bij het verbod op drugsbezit en – gebruik.

De Nederlandse praktijk van wetshandhaving op het gebied van drugsgebruik kent een grote mate van gedogen, incidenteel gebruik van softdrugs is maatschappelijk geaccepteerd. In de instellingen is het bezit en gebruik van alle drugs categorisch verboden, ook incidenteel en matig gebruik van softdrugs niet is toegestaan. Dergelijke absolute verboden wijken zodoende

af van wat inmiddels maatschappelijk niet meer onbetamelijk wordt geacht. Wanneer de instelling desondanks voor deze vorm van regels kiest behoeft dat in elk geval nadere motivering. De andere grond die de wet Bopz kent is die van de noodzakelijkheid voor de goede orde in het ziekenhuis. Of een verbod op elk gebruik van drugs zich uit dien hoofde wel laat rechtvaardigen is de vraag. Is het incidenteel en matig gebruik van softdrugs, net als van alcohol, per definitie een bedreiging voor de geordende samenleving binnen de instelling?

Onverlet blijft de mogelijkheid met de patiënt zonnodig en binnen de context van de behandeling individueel overeen te komen geen drugs te gebruiken.

De vraag is of, mede in dit licht bezien het doen van aangifte bij het betrappen op drugsbezit die in enkele huisregels te vinden niet te ver gaat. Van andere overtredingen, bijvoorbeeld vernielingen of bedreigingen, staat niet in de huisregels dat daarvan aangifte wordt gedaan.

Zoals hierboven is uiteengezet horen sancties niet thuis in de huisregels, dit geldt ook voor de sanctie van ontslag en overplaatsing die volgens meerdere huisregels verbonden zijn aan drugsbezit of – gebruik.

Handel tussen patiënten

In de meeste instellingen geldt een volstrekt verbod tot het verhandelen van spullen tussen patiënten.

‘Het onderling kopen en verkopen van goederen van welke aard of omvang is niet toegestaan.’

De tekst van de regel in het GGZ Nederland – model luidt genuanceerder: ‘Om misverstanden tussen patiënten en gevoelens van ongenoegen te voorkomen wordt u verzocht binnen de instelling niet onderling te handelen, te ruilen of geld te lenen.’

In de toelichting daarop staat het volgende: ‘Ter bescherming van de minder mondige patiënt, ter voorkoming van misverstanden en eventuele machtsposities tussen patiënten kan hier een bepaling worden opgenomen over handelen, ruilen en geld lenen’.

Hoewel deze nuancerings op het eerste gezicht sympathiek overkomt kan eraan worden getwijfeld of zelfs een dergelijke formulering in de huisregels kan worden opgenomen.

Ook hiervoor moet gelden dat de goede orde in het ziekenhuis dit noodzakelijkerwijs vereist en dat is niet direct in te zien. Feit is dat de vrijheid van handelen van de patiënt er vergaand door wordt beperkt, een verzoek om niet te handelen zal in de praktijk snel als verbod worden opgevat.

Tabel: afwijkingen huisregels t.o.v. de wet per soort instelling:

		PAAZ	PUK	APZ	Totaal
Teveel regels	Omgangsregels				
	Sex.intimiteit			5	5
	Sancties	2		1	3
	Vrijheidsbeperking	1	1	2	4
	Rechten	1		1	2
Tevergaande regels	Deelnameplicht	1	1	2	4
	Alcohol		1	10	11
	Handel		1	9	10
	Geen huisregels	2	1	1	4
	Totaal	6	5	32	43

Toelichting op de tabel

In de vierentwintig sets van huisregels die zijn onderzocht is drieënveertig keer een onregelmatigheid aangetroffen. De verboden op alcoholbezit en -gebruik en op handelen scoren het hoogst. De meeste afwijkingen van het toegestane wettelijk kader worden aangetroffen in de APZ - en, grotendeels door de verboden op alcohol en handel.

Vier van de tien aangeschreven instellingen stuurden geen huisregels op. Het aantal instellingen

gen waarvan de huisregels is bekeken is daarmee dermate laag dat het niet verantwoord is conclusies te trekken over verschillen per soort instelling. De APZ -en scoren wel het hoogst, maar hebben ook meerdere afdelingen en bijbehorende afdelingsregels.

2.4.3 Patiënteninformatiebrochures

Tot de informatieplicht van art. 37 Wet Bopz behoort onder meer de verplichting om de patiënt te informeren over zijn rechten. Het adres waaronder het bestuur bereikbaar is voor art. 41-klachten dient daarbij te worden vermeld.

Van de tien meewerkende instellingen zonden er vijf patiëntgerichte informatiebrochures in. De brochures waren afkomstig van twee APZ-en, twee PAAZ-en en één PUK. De overige instellingen zonden in het geheel geen informatiebrochures in. Onbekend is of dit betekent dat deze instellingen niet over patiëntgerichte informatiebrochures beschikken, dan wel dat er een andere reden is om inzending achterwege te laten.

In de brochures van één PAAZ werd in het geheel geen informatie over de Wet Bopz aange troffen. De overige ingezonden brochures hadden betrekking op diverse onderwerpen: algemene rechten, huisregels, dossier, middelen en maatregelen, dwangbehandeling en de inbewaaringstelling en rechterlijke machtiging.

Bewegingsvrijheid, externe rechtspositie, klachtenregeling

Bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis voor gedwongen opgenomen patiënten blijkt nog geen gemeengoed te zijn: een informatiebrochure van een PAAZ vermeldt dat men alleen “met officiële toestemming van de arts” de afdeling mag verlaten en een brochure over de inbewaaringstelling en rechterlijke machtiging van een APZ stelt dat men met een inbewaaringstelling in de bewegingsvrijheid is beperkt en de afdeling niet zonder toestemming mag verlaten. Laatstgenoemde brochure bevat nogal wat fouten met betrekking tot de externe rechtspositie: er heerst onder andere verwarring over wie de geneeskundige verklaring moet opstellen (geneesheer-directeur of onafhankelijk psychiater) in verschillende situaties waarin gedwongen opname aan de orde kan komen. Andere brochures bevatten wel correcte, maar zeer summiere informatie over de externe rechtspositie. De omschrijving van het art. 41-klachtrecht laat in de meeste brochures te wensen over. Doorgaans wordt wel verwezen naar het bestaan van de klachtencommissie, maar de wettelijke termijnen en de mogelijkheid om zich bij ongegrondverklaring tot de rechtbank te wenden ontbreken nogal eens in de informatie. Opvallend is dat bij de informatie over de klachtenregeling in het merendeel van de bestudeerde brochures een verwijzing naar de patiëntenvertrouwenspersoon ontbreekt.

Dwangtoepassing

De informatie over het toepassen van middelen en maatregelen en dwangbehandeling vertoont hiaten en is soms onjuist. Het onderscheid tussen beide vormen van dwangtoepassing is niet helder en de bijbehorende criteria worden door elkaar gehaald of op één lijn gesteld. Zo spreekt een brochure van een APZ van “M&M en dwangbehandeling ter overbrugging van een (acute) noodsituatie”. De informatiebrochure over middelen en maatregelen van hetzelfde ziekenhuis vermeldt dat de arts M&M kan toepassen “als een patiënt ernstig gevaarlijk is voor zichzelf of zijn omgeving als gevolg van zijn psychische toestand”, terwijl voorzetting van M&M langer dan 7 dagen mogelijk is “als ze noodzakelijk zijn ter afwending van een (acuut) gevaar of noodsituatie”. Hier worden de criteria voor het toepassen van dwangbehandeling en M&M dus andersom toegepast.

De informatiebrochure over dwangbehandeling van een PUK stelt ten onrechte dat alleen één van de middelen en maatregelen als dwangbehandeling kan worden toegepast. Blijkens dezelfde brochure gaat men er in dit ziekenhuis van uit dat alleen bij wilsonbekwaamheid

overleg over het behandelingsplan behoeft te worden gepleegd met de vorige behandelaar en de huisarts van de patiënt. Wel worden deze behandelaars zo spoedig mogelijk na aanvang van een dwangbehandeling hieromtrent geïnformeerd. Vermoedelijk is hier verwarring ontstaan met de meldingsverplichtingen van art. 38 lid 6 Wet Bopz, die echter slechts de inspecteur en de naaste betrekkingen van de patiënt omvat en niet de vorige behandelaars.

Mogelijk mede als gevolg van deze misvatting, komt de (informele) vertegenwoordigers-regeling in deze brochure onvoldoende uit de verf. De criteria voor dwangbehandeling lijken bovendien te worden verward met die voor gedwongen opname, nu zelfverwaarlozing wordt genoemd als een "ernstig gevaar" in de zin van art. 38 lid 5. Ook bij de informatie over middelen en maatregelen en dwangbehandeling valt op dat in het merendeel van de bestudeerde brochures niet wordt gewezen op de mogelijkheid van bijstand door de patiëntenvertrouwenspersoon.

Separereglementen

Naast patiënteninformatiebrochures zonden één APZ en één PAAZ ook de voor de patiënt bestemde informatie die in de separeerverblijven is bevestigd mee. In één reglement wordt niet gewezen op de mogelijkheid om contact op te nemen met de patiëntenvertrouwenspersoon of een advocaat en blijft de zeven dagen termijn van art. 3 Besluit middelen en maatregelen Bopz onvermeld. Ook aan het regelmatige bezoek van de behandelend arts wordt in dit reglement geen aandacht besteed. Het andere reglement is Bopz-conform, doch vermeldt niet dat separatie ook kan worden toegepast in het kader van dwangbehandeling.

2.4.4 Beleidsnota's en ziekenhuisprotocollen met betrekking tot (dwang)behandeling, middelen en maatregelen en vrijheidsbeperking

In tegenstelling tot hetgeen ten tijde van de eerste evaluatie het geval was, blijkt thans de meerderheid van de meewerkende instellingen over op de Wet Bopz geënte, inhoudelijke beleidsnota's en/of protocollen te beschikken en zijn pré-Bopz documenten niet meer aangehouden. Twee instellingen, beide een PAAZ, beschikken niet over volledige, op de Wet Bopz geënte inhoudelijke beleidsstukken.

PAAZ-en

Eén van deze PAAZ-en zond een "protocol gesloten afdeling" en een "separeerprotocol" in waarop de Wet Bopz maar een beperkte invloed lijkt te hebben gehad. "Agressief gedrag jegens voorwerpen" is blijkens het "protocol gesloten afdeling" één van de aanleidingen tot toepassing van dit protocol. Plaatsing op de gesloten afdeling lijkt tevens toepassing van separatie en het opleggen van vrijheidsbeperkingen te impliceren, waarbij het recht op bezoek afhankelijk is gesteld van "de toestand van de patiënt". De definitie van een noodtoestand in dit protocol is niet Bopz-conform, nu ook ernstige materiële schade daaronder wordt begrepen. Voorts zijn de zeven dagen termijn voor het toepassen van middelen en maatregelen en de consequenties van overschrijding daarvan niet correct weergegeven en ontbreekt de meldingsplicht aan de Inspectie. Het "separeerprotocol" van deze PAAZ ontbeert een correcte omschrijving van de criteria voor separatie als middel en maatregel en als dwangbehandeling en gaat uit van separatie in scheurkleding als regel. Dit laatste is in strijd met het standpunt van de Inspectie, dat luidt dat de patiënt in beginsel in eigen kleding dient te worden gesepareerd (Referentiekader nr. 3, Noodtoestanden bij patiënten in psychiatrische ziekenhuizen, GIGV juli 1990, p. 44; par. 8.5.7). De andere PAAZ beschikt slechts over een "protocol onrustband" en een "concept-protocol suïcidaliteit". Het "protocol onrustband" lijkt te zijn geënt op de WGBO, zonder dat de Wet Bopz er op enigerlei wijze in is verwerkt. Het "concept-protocol suïcidaliteit" vermeldt separatie en afzondering als mogelijke interventies bij suïcidale gedachten, maar bevat geen Bopz-criteria voor toepassing hiervan of enige andere verwijzing naar de wet.

Vrijheidsbeperking, (dwang)behandeling en middelen en maatregelen

De beleidsnota's en protocollen van de overige acht instellingen vertonen weliswaar onderling

(soms grote) verschillen in uitvoerigheid en kwaliteit, maar zijn alle duidelijk op de Wet Bopz geënt. Opvallend is dat, evenals bij de eerste evaluatie, ook nu de beperkingen op grond van art. 40 Wet Bopz een waarlijk ondergeschoven kindje in de beleidsstukken van de instellingen blijken te zijn. Slechts twee van de tien meewerkende instellingen, beide APZ-en, besteden in hun beleidsstukken nadrukkelijk aandacht aan art. 40 en geven de bepalingen hierin overigens ook correct weer. De beleidsnota's en protocollen hebben voor het overige grotendeels betrekking op (dwang)behandeling en middelen en maatregelen. Het onderscheid tussen beide dwanginterventies blijkt de praktijk echter nog de nodige hoofdbreken te kosten. Zo lezen we in de nota dwangbehandeling en M&M van een APZ: "Zodra bij minstens één toepassing van interventies/middelen en maatregelen sprake is van dwangbehandeling wordt de gehele toepassing vanaf dat moment als dwangbehandeling beschouwd (art. 38 dwangbehandeling gaat boven art. 39 nood en art. 38 akkoord)". Vanuit de optiek van de Wet Bopz is dit onjuist; immers het toepassen van dwangbehandeling laat onverlet dat er nog noodsituaties in de zin van art. 39 kunnen optreden en waarin op die voet middelen en maatregelen naast de dwangbehandeling kunnen worden toegepast. Het begrip "noodsituatie" duikt nogal eens op bij de definiëring van dwangbehandeling en het begrip "ernstig gevaar" wordt hier en daar gesignaleerd in de omschrijving van een noodsituatie.

In een aantal beleidsstukken werd, evenals bij de eerste evaluatie, gevaar voor de openbare orde en goederen als "ernstig gevaar" dat tot dwangbehandeling kan legitimeren aangetroffen. Bij de criteria voor dwangbehandeling wordt soms het gevaarscriterium in het geheel niet of onvolledig omschreven. Daarnaast hanteert een aantal instellingen uitvoeringsprotocollen voor het toepassen van een bepaalde dwanginterventie (zoals medicatie onder dwang, separeren, het toedienen van vocht en voeding), waarbij het onderscheid tussen toepassing van die interventie als middel en maatregel of als dwangbehandeling niet (helder) wordt aangebracht. Omgekeerd blijkt ook een te scherp en daarmee evenmin Bopz-conform onderscheid voor te komen: één APZ meent dat fixatie alleen als middel en maatregel mag worden toegepast en een ander gaat ervan uit dat medicatie en toediening van vocht en voeding niet kunnen worden toegepast in het kader van het behandelingsplan waarmee de patiënt heeft ingestemd. Regelmatig worden in de beleidsstukken, naast dwangbehandeling en middelen en maatregelen, zogenaamde "M&M-akkoord" onderscheiden. Als tegenhanger worden dan de "M&M-nood" beschouwd, waarmee de eigenlijke middelen en maatregelen op de voet van art. 39 Wet Bopz worden bedoeld. Eén PUK kent bovendien nog "therapeutische maatregelen". Bedoelde "M&M-akkoord" komen waarschijnlijk voort uit een onderscheid dat de Inspectie vroeger wel aanbracht, maar dat niet op de Wet Bopz berust en daaruit ook niet valt af te leiden. Indien middelen en maatregelen in het kader van het behandelingsplan worden toegepast met toestemming van de patiënt dan vallen zij buiten het bereik van art. 39 en behoeven zij ook niet te worden gemeld of geregistreerd. Er is dan immers sprake van een overeengekomen behandelingsplan in de zin van art. 38. Anderzijds wordt, evenals bij de eerste evaluatie, in een aantal instellingen nog aangenomen dat verzet van de patiënt één van de criteria is voor de aanwezigheid van een noodsituatie. In die gedachtegang zou de toepassing van middelen en maatregelen alleen behoeven te worden geregistreerd en gemeld indien de patiënt zich verzet. Vanuit de optiek van de Wet Bopz is dit onjuist: indien er sprake is van een noodsituatie behoort de toepassing van middelen en maatregelen altijd te worden geregistreerd en gemeld, ongeacht of de patiënt zich daartegen verzet.

In een aantal beleidsnota's en protocollen wordt gesteld dat fixatie altijd in een separeerverblijf dient te worden toegepast. De ratio hierachter is de privacy van de patiënt, die eraan in de weg staat dat fixatie ten overstaan van en zichtbaar voor derden wordt toegepast. Op zichzelf is dit juist, maar het is vanuit het oogpunt van proportionaliteit en subsidiariteit toch de vraag of het wenselijk is dat fixatie en separatie te allen tijde samengaan. Er is dan immers sprake van een dubbele dwangtoepassing. Verdedigbaar is om bij het bepalen van de plaats waar fixatie zal

worden toegepast rekening te houden met de voorkeur van de patiënt.

Een minder ingrijpend alternatief, dat tevens tegemoet komt aan de privacybezwaren, kan wellicht zijn de patiënt in zijn eigen kamer of in een beschikbare eenpersoonskamer te fixeren. Uit een deel van de onderzochte beleidsstukken komt naar voren dat de beslissingsbevoegdheid tot het toepassen van middelen en maatregelen in eerste instantie bij de verpleegkundigen is gelegd. De arts moet volgens deze stukken dan wel achteraf worden geïnformeerd en/of hij moet de verantwoordelijkheid voor de toepassing overnemen. Deze praktijk staat op gespannen voet met de Nota van Toelichting bij het Besluit middelen en maatregelen Bopz (onder I Algemeen), waarin wordt gesteld dat de behandelend arts of diens vervanger dient te beslissen of tot toepassing moet worden overgegaan. Alleen als een arts niet terstond aanwezig kan zijn om beslissingen te nemen is het verpleegkundig afdelingshoofd of diens vervanger bevoegd, mits de verantwoordelijkheid voor de beslissing zo snel mogelijk wordt overgenomen door een arts, aldus de Nota van Toelichting.

Wilsonbekwaamheid, vertegenwoordiging en melding aan derden

Een problematisch punt blijken voorts wilsonbekwaamheid en de dan in werking tredende vertegenwoordigersregeling van art. 38 lid 2 Wet Bopz te vormen. De meeste documenten besteden wel aandacht hieraan, maar de definities vertonen nogal eens gebreken en er lijkt veel onduidelijkheid te bestaan over de gevolgen van wilsonbekwaamheid en de status van de vertegenwoordiger. Sommige beleidsstukken erkennen alleen de wettelijke vertegenwoordigers en andere lijken ervan uit te gaan dat met vervangende toestemming van de vertegenwoordiger kan worden volstaan, ook indien de wilsonbekwame patiënt zich verzet.

Mogelijk in het verlengde hiervan, blijken ook de meldingsplichten van art. 38 lid 6 en art. 39 lid 3 problemen op te leveren. Wie onder welke omstandigheden moet worden ingelicht wordt in diverse beleidsstukken door elkaar gehaspeld. Het inlichten van de naaste betrekkingen wordt soms ten onrechte afhankelijk gesteld van de wils(on)bekwaamheid van de patiënt. In een aantal documenten troffen wij toevoegingen aan met de strekking dat de naaste betrekkingen niet worden geïnformeerd indien de patiënt daar bezwaar tegen heeft. Vanuit het oogpunt van de privacy van de patiënt is een dergelijke nuancering zeer wel verdedigbaar.

De meldingsplicht aan de Inspecteur komt in sommige documenten in het geheel niet voor. Over het tijdstip waarop melding dient plaats te vinden (uiterlijk bij het begin van de dwangbehandeling en zo spoedig mogelijk na het begin van de toepassing van een middel of maatregel) zwijgen de meeste beleidsstukken. Naar de letter van de wet dient melding te geschieden door de geneesheer-directeur. In vrijwel alle beleidsstukken wordt de behandelaar of de verpleegkundige aangewezen als degene die de benodigde meldingen (met name aan de naaste betrekkingen van de patiënt) verricht. Er lijkt echter geen inhoudelijk bezwaar te zijn tegen het delegeren of mandateren van deze bevoegdheid door de geneesheer-directeur.

Omzetting vrijwillige naar onvrijwillige opname

Twee onderwerpen die raken aan de hoofdonderwerpen van de bestudeerde beleidsnota's en protocollen verdienen hier nog bespreking. Het eerste betreft de kwestie van het aanvragen van een inbewaringstelling indien dwangtoepassing jegens een vrijwillig opgenomen patiënt noodzakelijk wordt geacht. De "beleidsnota dwangbehandeling" van een APZ vermeldt hieromtrent: "Wanneer de cliënt met ontslag wil dient – indien dit onverantwoord is – altijd een IBS te worden aangevraagd; als dat niet het geval is dient een RM te worden aangevraagd". De gelijknamige nota van een ander APZ formuleert het nog ruimer: "Het moment waarop de procedure tot het verkrijgen van een IBS in gang wordt gezet wordt ter beoordeling aan de verantwoordelijke behandelaar of diens vervanger overgelaten". Een en ander is in strijd met het standpunt dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg reeds jaren hieromtrent inneemt: indien dwang wordt toegepast jegens een vrijwillig opgenomen patiënt, dient "tezelfdertijd" de procedure tot het

verkrijgen van een inbewaringstelling in gang te worden gezet. De Inspectie ging er hierbij van uit dat in alle gevallen binnen 24 uur een last tot inbewaringstelling moet kunnen voorliggen. Mocht de patiënt alsnog instemmen of mocht de noodsituatie binnen enkele uren bezworen zijn, dan kon de procedure tot het verkrijgen van een inbewaringstelling worden afgebroken. Dijkers (Handboek Opneming en Verblijf, aant. 2.4 bij art. 20 Wet Bopz) neemt een nog vergaander standpunt in: zijns inziens dient de last tot inbewaringstelling binnen 6-12 uren (dit laatste indien de nachtelijke uren worden meegerekend) na aanvang van de dwangtoepassing voor te liggen.

Het ontnemen van gevaarlijke voorwerpen

Het tweede en laatste aanpalende onderwerp heeft betrekking op het fouilleren van patiënten. Volgens art. 36 lid 3 Wet Bopz kunnen aan de patiënt gevaarlijke voorwerpen worden ontnomen, waartoe hij aan zijn kleding of aan het lichaam kan worden onderzocht. Onder onderzoek aan het lichaam wordt mede het schouwen van de lichaamsholten begrepen, doch niet het toucheren in die holten. In een aantal eisenstellende documenten werden regels aangetroffen die verder gaan dan het toegestane onderzoek aan het lichaam. Eén APZ meent kennelijk dat vaginaal en rectaal toucheren is toegestaan, mits het onderzoek door een arts wordt verricht. In een document van een ander APZ wordt gesproken over de bevoegdheid van het ziekenhuis tot het “visiteren” van patiënten. Onder visitatie wordt algemeen verstaan onderzoek in de lichaamsholten. Uit de beleidsnota over de interne rechtspositie van de Wet Bopz van een PAAZ kan worden gedestilleerd dat fouilleren te allen tijde, dus ook als hier geen aanleiding toe bestaat vanuit het oogpunt van het ontnemen van gevaarlijke voorwerpen, zou mogen plaatsvinden.

2.4.5 Meldings- en registratieformulieren middelen en maatregelen en dwangbehandeling

Ingevolge art. 38 lid 6 Wet Bopz dient de toepassing van dwangbehandeling uiterlijk bij het begin daarvan gemeld te worden aan de Inspecteur en zo spoedig mogelijk na het begin aan de vertegenwoordiger en/of naaste betrekkingen van de patiënt. Middelen en maatregelen dienen zo spoedig mogelijk na het begin van de toepassing aan genoemde personen te worden gemeld. De toepassing van middelen en maatregelen moet voorts worden aangetekend in het M&M register (art. 57 Wet Bopz) en van beide dwanginterventies moet aantekening worden gehouden in het patiëntendossier (art. 56 lid 1 sub e/f). Ingevolge art. 56 lid 1 sub b ten slotte moet in het dossier blijken van een maandelijkse evaluatie van het (dwang)behandelingsplan. Uit de bestudeerde meldings- en registratieformulieren komt naar voren dat op de formulieren zelf zelden aandacht wordt besteed aan de vereiste melding aan de vertegenwoordiger en/of de naaste familiebetrekkingen van de patiënt. Zeven van de tien meewerkende instellingen hantieren voor de melding van de aanvang en beëindiging van dwangtoepassing één en hetzelfde formulier. Hierbij kan worden opgemerkt dat de wet niet dwingt tot melding van de beëindiging doch dat, wil de Inspecteur na beëindiging van een dwangbehandeling een onderzoek kunnen instellen (art. 38 lid 7), hij dan wel van die beëindiging op de hoogte moet zijn. Het hanteren van één formulier voor zowel de melding van de aanvang als van de beëindiging geeft echter te denken of melding altijd wel “uiterlijk bij het begin” en “zo spoedig mogelijk na het begin” geschiedt. Twee van genoemde zeven instellingen blijken bovendien een gecombineerd formulier voor de melding van middelen en maatregelen en van dwangbehandeling te gebruiken, hetgeen de overzichtelijkheid en het onderscheid tussen beide vormen van dwanginterventies niet ten goede komt. Op de formulieren van vier instellingen werd een extra rubriek “M&M-accord” onderscheiden. Op de bezwaren tegen deze verwarrende terminologie werd reeds in de vorige paragraaf ingegaan. Op de formulieren van twee instellingen moet bij toepassing van middelen en maatregelen in noodsituaties worden aangekruist of er sprake is van verzet van de patiënt. Eveneens in de vorige paragraaf werd toegelicht dat verzet te dezen

juridisch niet relevant is. Op de formulieren van drie instellingen werd ten onrechte de afwen- ding van gevaar voor materiële zaken als reden voor dwangtoepassing aangetroffen. Een PAAZ kent bovendien nog “M&M met andere reden”, dus buiten het kader van de Wet Bopz om. Instructies tot het houden van aantekening in het patiëntendossier en tot maandelijkse evaluatie werden op een enkel formulier aangetroffen. De meeste formulieren vermelden hieromtrent echter niets.

Dergelijke instructies werden daarentegen soms wel aangetroffen in de onderzochte beleids- nota's en protocollen, doch van structurele aandacht voor de administratieve verplichtingen lijkt geen sprake te zijn.

2.4.6 Samenvatting en conclusies

Ten aanzien van de huisregels kan worden geconcludeerd dat er een verbetering is ten op- zichte van de situatie in 1996, toen het eerste evaluatieonderzoek plaatsvond.

Destijds bleek nog niet de helft van de huisregels Bopz-conform te zijn opgesteld. Thans is de Wet Bopz in de meeste huisregels te herkennen. Toch blijken nog steeds zaken in de huisre- gels te worden geregeld die daarin niet thuishoren, zoals vrijheidsbeperkingen, behandelvisies, absolute alcoholverboden, verboden op persoonlijke en intieme relaties, sancties en te ver- gaande beperkingen in de handelingsvrijheid van de patiënt. In de meeste onderzochte sets huisregels waren één of meer afwijkingen ten opzichte van het toegestane wettelijk kader te ontdekken. Opmerkelijk is dat twee van de drie PAAZ-en en de helft van de aangeschreven PUK-en geen huisregels inzonden. De oorzaak hiervan is niet bekend, maar mogelijk duidt het achterwege laten daarvan in de richting van een achterstand die men heeft in te halen. De overige bestudeerde eisenstellende documenten laten een onderling samenhangend beeld zien. Helaas zond slechts de helft van de aangeschreven instellingen patiënteninformatiebro- chures in. De informatie die daarin werd aangetroffen, kwam echter in grote lijnen overeen met de afwijkingen ten opzichte van het wettelijk kader die naar voren kwamen uit de geanalyseerde beleidsnota's en ziekenhuisprotocollen en de meldings- en registratieformulieren. Evenals bij de eerste evaluatie, blijken de beperkingen ex art. 40 bijzonder weinig aandacht te krijgen in de beleidsstukken. Een duidelijke verbetering ten opzichte van het eerste evaluatieonderzoek is dat geen pré-Bopz documenten meer werden aangetroffen en dat het overgrote merendeel van de instellingen thans over op de Wet Bopz geënte inhoudelijke beleidsstukken blijkt te beschik- ken. Bij de PAAZ-en werd op dit punt een duidelijke achterstand geconstateerd. Zwakke punten in patiënteninformatiebrochures, beleidsnota's en ziekenhuisprotocollen en registratie- en meldingsformulieren blijken te zijn: wilsonbekwaamheid en vertegenwoordigersregeling, de melding van dwangtoepassing aan derden, het onderscheid tussen middelen en maatregelen en dwangbehandeling en de bij beide dwanginterventies behorende criteria, buitenwettelijke criteria voor dwangtoepassing zoals gevaar voor materiële zaken, de toevoeging van de zogenaamde “M&M-accord” aan het arsenaal te registreren interventies, verzet van de patiënt als criterium voor het bestaan van een noodsituatie en de beslissingsbevoegdheid tot het toepassen van dwang. Daarnaast blijkt niet altijd duidelijk te zijn wanneer men een IBS moet initiëren indien dwangtoepassing noodzakelijk wordt geacht jegens een vrijwillig opgenomen patiënt en zien sommige ziekenhuizen hun bevoegdheid tot fouilleren ruimer dan het wettelijk kader toelaat. Daar ten tijde van het eerste evaluatieonderzoek een groot aantal instellingen nog in het geheel niet bleek te beschikken over op de Wet Bopz afgestemde eisenstellende documenten, is een vergelijking per onderdeel niet te realiseren. Nog steeds past de opmerking dat er op onderdelen nogal wat aan te merken is op de beleidsstukken van de instellingen, doch duidelijk is dat er tussen de vorige en de huidige evaluatie veel werk is verzet om de Wet Bopz hierin te implementeren. Tevens mag niet onopgemerkt blijven dat een aantal beleidsnota's en protocollen van uitzonderlijk goede kwaliteit en geheel Bopz-conform werd aangetroffen.

3

Ervaringen van beroepsbeoefenaren met de Wet Bopz

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de ervaringen van medewerkers van zes Bopz-instellingen met de Wet Bopz centraal. In het kader van dit onderzoek zijn er in deze instellingen interviews gehouden met de geneesheer-directeur¹¹, behandelaars en verpleegkundigen. Met de respondenten is gesproken over de kern van de interne rechtspositieregeling, de artikelen 38,39 en 40 Bopz. Deze artikelen hebben betrekking op behandeling, dwangbehandeling, de toepassing van middelen en maatregelen in noodsituaties, en vrijheidsbeperkingen. Aan het onderzoek hebben meegewerkt: 6 geneesheren-directeur, 15 behandelaars en 6 groepen¹² van verpleegkundigen.

3.2 Implementatie Wet Bopz

De meeste geneesheren-directeur, behandelaars en verpleegkundigen zeggen een redelijke kennis van de Wet Bopz te hebben opgebouwd in de loop der jaren. Enkele behandelaars vervullen tevens de functie van eerste geneeskundige of hebben dit in het verleden gedaan. Vanuit die hoedanigheid zeggen zij over een redelijke kennis van de wet te beschikken. De verpleegkundigen op een PAAZ geven aan weinig te maken te hebben met gedwongen opnames. Zij hebben zich daar dan ook niet in verdiept. Als er sprake is van een gedwongen opname dan weten zij wel de wegen te vinden om erachter te komen wat de procedures en protocollen zijn. Volgens hen wordt deskundigen dan om advies gevraagd en wordt de literatuur erop nageslagen.

Om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen met betrekking tot de Wet Bopz, neemt men deel aan cursussen en voorlichtingsbijeenkomsten. Er wordt ook aan zelfstudie gedaan. En via gesprekken met collega's leert men het een en ander. De meeste behandelaars raadplegen nog wel eens de tekst van de wet.

Op de meeste afdelingen is er schriftelijke informatie over de Wet Bopz aanwezig. Genoemd zijn o.a. de wettekst, het Handboek Opneming en Verblijf en uitleg/commentaren bij de wettekst. In het verpleegkundig kantoor is de informatie aanwezig in de vorm van een handboek of een artikelenmap. Daarnaast biedt het intranet in een aantal instellingen ook nog de nodige informatie.

¹¹ In dit rapport wordt de term geneesheer-directeur in de zin van de Wet Bopz gehanteerd. Een eerste geneeskundige, een hoofd van de afdeling of een chef de clinique die de functie van geneesheer-directeur vervult, wordt eveneens met deze term aangeduid.

¹² De gesprekken met de verpleegkundigen werden in de vorm van groepsinterviews gehouden. Gemiddeld namen er drie mensen deel aan het gesprek.

Hoewel de meeste ziekenhuismedewerkers zeggen redelijk geïnformeerd te zijn over de Wet Bopz ondervinden de meeste geneesheren-directeur en de helft van de behandelaars onduidelijkheden bij de interpretatie van de interne rechtspositieregeling. Genoemd zijn: het onderscheid wilsbekwaam-wilsonbekwaam; de interpretatie van verzet; de interpretatie van ernstig gevaar; de interpretatie van tijdelijke noodsituatie; het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen in noodsituaties en de grens tussen de WGBO en de Wet Bopz in somatische aangelegenheden.

De meeste ziekenhuismedewerkers uit zowel het vorige als het huidige evaluatieonderzoek zeggen redelijk tot voldoende geïnformeerd te zijn over de Wet Bopz, maar ondervinden toch onduidelijkheden bij de interpretatie van de interne rechtspositieregeling. Bovendien bleek de onderzoekers tijdens het eerste evaluatieonderzoek dat zelfs degenen die meenden voldoende op de hoogte te zijn, toch de nodige kennis over de Wet Bopz ontbeerden. Men kan dus niet zonder meer afgaan op de eigen mening van de respondenten over hun kennisniveau. Het afnemen van een objectieve kennistoets viel buiten het bestek van dit onderzoek. Opvallend is dat de kennis van verpleegkundigen op PAAZ-en nog niet verbeterd lijkt te zijn. Net als ten tijde van het eerste onderzoek heeft deze beroepsgroep weinig te maken met gedwongen opnames. Hierdoor is hun kennis van deze wet gering.

3.3 Behandeling

In de volgende paragrafen komt een aantal stappen die voorafgaan aan de daadwerkelijke uitvoering van de behandeling, achtereenvolgens aan de orde. Deze zijn: opname, overleg met de vorige behandelaars, het behandelingsplan, informed consent, melding aan de geneesheer-directeur, wilsbekwaamheid en plaatsvervangende toestemming.

3.3.1 Opname

Art. 37 lid 1 Wet Bopz schrijft voor dat de patiënt zo spoedig mogelijk na opname in het bezit wordt gesteld van de huisregels en van de op grond van de wet aan hem toekomende rechten, waaronder het adres waaraan klachten ex art. 41 van de wet kunnen worden gericht. Voorts dient het bestuur ervoor zorg te dragen dat de patiënt zo spoedig mogelijk na opname schriftelijk wordt medegedeeld wie de voor de behandeling verantwoordelijke hulpverlener zal zijn (art. 36 lid 1).

In alle psychiatrische instellingen (op één na) is schriftelijke informatie aanwezig over de huisregels en over adressen van klachteninstanties. Eén geneesheer-directeur zegt niet te beschikken over een schriftelijk overzicht van de Bopz-rechten en van de huisregels. De rechten worden mondeling aan de patiënt en familie uitgelegd. Bij de overige instellingen is een schriftelijk overzicht hiervan op elke afdeling aanwezig. Bij twee instellingen wordt de informatie daarnaast persoonlijk overhandigd. De huisregels zijn ook op elke afdeling aanwezig. Bij het verstrekken van informatie vervult de verpleging een belangrijke rol. Zij overhandigt schriftelijk informatiemateriaal en geeft mondeling antwoord op vragen van patiënten. Bij opname in de onderzochte PAAZ-en wordt de Bopz-patiënt mondeling meegedeeld wie zijn behandelaar is. In de overige instellingen gebeurt dit schriftelijk via een standaardbrief.

Uit het eerste evaluatieonderzoek is gebleken dat de procedure die in artikel 37 lid 1 Bopz is vastgelegd, nog niet gebruikelijk is. Uit de gesprekken met de ziekenhuismedewerkers in de huidige evaluatieronde blijkt dat deze procedure nog steeds niet routinematig wordt uitgevoerd; met name het actief verstrekken van schriftelijke informatie lijkt nog geen usance te zijn, nu dit slechts in een derde van de onderzochte instellingen geschiedt.

3.3.2 Overleg met de vorige behandelaars

Volgens artikel 38 lid 2 Bopz is de behandelaar verplicht voordat deze een behandelingsplan opstelt, met eerdere hulpverleners van de patiënt te overleggen. Naast overleg met de vorige behandelaar dient de behandelaar volgens artikel 38 lid 2 Bopz ook overleg te plegen met de huisarts van de patiënt. De geïnterviewde behandelaars zeggen dat het gebruikelijk is dat er overleg gepleegd wordt met de vorige behandelaar(s) en met de huisarts. Bij één behandelaar hangt het van de problematiek af met wie hij dat overleg heeft. Het komt ook wel eens voor dat er geen overleg met de huisarts plaatsvindt. Dit kan te maken hebben met het moment van opname en de situatie. Een behandelaar vertelt: *'Huisartsen kun je in een acute situatie nooit te pakken krijgen in deze regio. Die hebben vaste spreekuren, een uurtje per dag, waarop ook specialisten mogen aankloppen. Als je al een huisarts te pakken krijgt, dan zegt hij: 'Die ken ik helemaal niet', of 'ik zit hier net'. De kans dat je contact hebt met een huisarts die ook met het psychiatrisch stuk van zijn patiënt te maken heeft gehad, is hier niet zo gek groot. Dat komt omdat de meeste mensen die hier worden opgenomen uit een gebied komen dat uiterst triest is wat betreft de huisartsenbezetting. Het lukt ook vaak niet met de ambulante behandelaar'*.

De vorige behandelaar en de huisarts hebben, juridisch gezien, voor het verschaffen van inlichtingen over de patiënt, toestemming van de patiënt nodig. Bijna alle behandelaars vragen aan de patiënt toestemming om de vorige behandelaar te benaderen. Maar de manier waarop dit gebeurt, verschilt. Zo is er een psychiater die tegen zijn patiënten zegt: *'Het lijkt me verstandig om te overleggen'*. Er zijn behandelaars die altijd toestemming vragen en behandelaars die dit meestal of soms doen. Eén geïnterviewde vraagt geen toestemming van de patiënt om met de ambulante behandelaar contact te mogen opnemen. Wel kondigt hij aan dat hij dit gaat doen. Als blijkt dat er grote bezwaren leven bij de patiënt, dan houdt hij daarmee wel rekening, maar niet in die zin dat hij dan geen contact opneemt. Deze behandelaar geeft toe dat hij niet weet of hij daartoe het recht heeft. Maar hij doet het om de patiënt weer zo snel mogelijk de deur uit te krijgen.

De meeste behandelaars hebben wel eens meegemaakt dat een patiënt geen toestemming gaf voor overleg met de vorige behandelaar. Bij één behandelaar ging het om een patiënt die psychotisch was. De patiënt wilde niet dat er contact werd gelegd met zijn ambulante behandelaar, deels vanuit zijn paranoïde psychotische beleving, deels omdat hij niet tevreden was over de behandeling. De behandelaar vond echter dat overleg met de vorige behandelaar essentieel was om in een crisissituatie de patiënt klinisch te behandelen. De geïnterviewde heeft de patiënt toen uitgelegd waarom contact nodig was. In het dossier heeft hij een aantekening gemaakt dat de patiënt formeel geen toestemming heeft gegeven en heeft hij zijn argumenten om deze weigering te overrulen, vastgelegd.

In het eerste evaluatieonderzoek is naar voren gekomen dat de behandelaars van de verschillende typen instellingen meestal wel contact hadden met de verwijzer die de geneeskundige verklaring heeft opgesteld, maar niet in alle gevallen met de eerdere behandelaars. Afhankelijk van het type instelling en afdeling vond er al dan niet contact met de huisarts plaats. Het lijkt erop dat het in acht nemen van de procedure van art. 38 lid 2 Bopz bij de huidige respondenten meer ingeburgerd is geraakt. De indruk is ontstaan dat niet altijd met toestemming van de patiënt contact wordt opgenomen met eerdere behandelaars en de huisarts. Daarnaast wordt het nut van contact met de huisarts soms in twijfel getrokken.

3.3.3 Behandelingsplan

Een behandelaar van een onvrijwillig opgenomen patiënt dient volgens de wet (artikel 38 lid 1 Bopz) een schriftelijk behandelingsplan op te stellen.

Alle geïnterviewde behandelaars stellen bij onvrijwillig opgenomen patiënten een schriftelijk behandelingsplan op, op één behandelaar na. Deze geïnterviewde werkt op een PAAZ, waar

relatief weinig onvrijwillig opgenomen patiënten zijn. Meestal wordt dan geen behandelingsplan op schrift gesteld. De behandelaar legt uit waarom dit niet gebeurt. *'In de praktijk blijkt dat we in overleg met de patiënt tot een behandelakkoord komen en dan komt het uiteindelijk niet tot een op schrift gesteld behandelplan. De eerste keer dat ik in deze instelling een formeel behandelplan op schrift stelde, had de patiënt daar in het begin geen behoefte aan. Het schiep meer verwarring bij de patiënt. Dus sindsdien heb ik een mondeling behandelingsakkoord met de patiënt en ik noteer dat in de status. Dus ik werk niet met een behandelplan'*.

In de wet (art. 38 lid 1) staat dat dit behandelingsplan zo spoedig mogelijk na de opname en in overleg met de patiënt moet worden opgesteld.

Een geneesheer-directeur meent dat het behandelingsplan het liefst binnen 24 uur moet worden opgesteld terwijl het wettelijke kader zeven dagen toelaat. Na zeven dagen moet het plan volgens hem geformaliseerd zijn. Deze opvatting geeft blijk van een onjuiste interpretatie van artikel 38 lid 1. Waarschijnlijk berust dit op verwarring met de zeven dagen termijn voor het toepassen van middelen en maatregelen. Ook enkele behandelaars zeggen dat het plan binnen een week opgesteld moet zijn. De meeste behandelaars stellen bij opname direct een plan op, vaak voor de eerste 24 uur of 72 uur.

Het plan wordt doorgaans met de patiënt besproken. Een aantal behandelaars stelt het plan op in daadwerkelijk overleg met de patiënt. Tijdens dit overleg is er meestal gelegenheid om te onderhandelen over de inhoud van het plan, naar aanleiding waarvan veranderingen worden doorgevoerd. Als de patiënt bijvoorbeeld te dronken of psychotisch is, dan stelt de behandelaar zelf het plan op. Wanneer de patiënt weer in staat is om een oordeel uit te kunnen spreken over het plan, wordt hem dit alsnog voorgelegd.

Het schriftelijk behandelingsplan dient erop gericht te zijn "de stoornis zo te verbeteren dat het gevaar op grond waarvan de patiënt, zonder van de bereidheid daartoe te hebben blijk gegeven, in het ziekenhuis moet verblijven, wordt weggenomen" (artikel 38 lid 3 Bopz). Het plan dient voorts de therapeutische middelen te bevatten die hiertoe zullen worden ingezet (art. 2 lid 1 Besluit rechtspositieregelen Bopz) en zodanig te zijn opgesteld dat een regelmatige toetsing van deze middelen aan de bereikte resultaten mogelijk is (art. 2 lid 2 Besluit rechtspositieregelen Bopz). Evaluatie van het behandelingsplan dient maandelijks plaats te vinden (art. 56 lid 1 sub b Bopz).

De meeste behandelaars maken gebruik van een voorgedrukt formulier, opgesteld door het ziekenhuis of de afdeling. De overige geïnterviewden stellen zelf een uitgewerkt plan op schrift. Een behandelaar zegt het plan op te stellen aan de hand van de inspectielijst van 1995. Een andere behandelaar stelt het plan zodanig op dat de patiënt het kan lezen. In het plan van deze geïnterviewde komen o.a. te staan wat de reden van opname is, wat er de komende dagen gaat gebeuren en of bezoek wel of niet mogelijk is. In het plan staat niet wanneer er geëvalueerd moet worden. Er wordt namelijk dagelijks besproken of een eventuele maatregel gehandhaafd moet worden of niet. De evaluatie wordt wel opgenomen in het verpleegrapport. Uit de gesprekken met de geneesheren-directeur en de overige behandelaars komt naar voren dat de frequentie van de evaluatie van de behandeling bij onvrijwillig opgenomen patiënten varieert van dagelijks tot elke maand. Bij twee behandelaars, werkzaam op de afdelingen langdurige zorg, respectievelijk ouderenpsychiatrie, kan de frequentie van de evaluatie variëren van elke dag tot elk half jaar.

In een aantal ziekenhuizen wordt de patiënt gevraagd het behandelingsplan te ondertekenen. De Wet Bopz vereist dit echter niet. Aan de behandelaars die hun patiënten vragen om het behandelingsplan te ondertekenen, is gevraagd wat daarvan de betekenis is. Een handtekening betekent voor sommige behandelaars dat de patiënt weet wat de bedoeling is en akkoord gaat

met de voorgestelde behandeling. Een aantal van hen ziet de handtekening als “een juridisch aspect”. Een behandelaar noemt een handtekening zelfs rechtsgeldig. Volgens een andere geïnterviewde voegt het ondertekenen van het behandelplan juridisch niets toe. Feitelijk heeft het niet meer waarde dan een mondelinge toestemming. Alle behandelaars geven aan dat de patiënt van gedachten mag veranderen. Het plan moet dan gewijzigd worden. Een behandelaar zegt dat, als er sprake is van gevaar, er dan bekeken wordt of er onder dwang behandeld kan worden.

Aan de geneesheren-directeur en de behandelaars is gevraagd hoe zij tegenover het opstellen van een behandelingsplan staan. Een behandelaar merkt op dat wanneer een behandelingsplan alleen mag gaan over het buiten houden van het gevaar, dat je dan niks aan een behandelplan hebt. *'Als het zo kaal en zo uitgekleeft over gevaarsbestrijding gaat, dan heeft het geen zin'*.

Twee geneesheren-directeur hebben hun eigen mening over het gebruik van een behandelingsplan. Zo vindt de ene geneesheer-directeur een behandelingsplan een te groot woord bij het begin van een opname. Volgens zijn zeggen veroorzaakt dat alleen maar spasme. *'Wat moeten we allemaal doen? Een behandelingsplan is in het begin gewoon zorgen voor veiligheid. Je zorgt dat de patiënt goed geïnformeerd is en je probeert de noodsituatie zo snel mogelijk te couperen'*. De geïnterviewde vindt dat een behandelingsplan teveel de suggestie geeft dat men een diagnose heeft en dat men weet wat er met de patiënt aan de hand is. *'Je informeert je wel zo snel mogelijk, maar ik begrijp niet in één keer wat er allemaal speelt. Dus ik kan ook geen behandelingsplan opstellen. Een behandelingsplan kun je eigenlijk pas opstellen, nadat je de patiënt een paar dagen hebt leren kennen. Ik vind dat de wetgever geen idee heeft van wat nu een acute situatie is'*. De geneesheer-directeur vertelt dat in de eerste paar dagen het vaak gaat om het toepassen van middelen en maatregelen. Afhankelijk van de ontwikkelingen wordt er een behandelingsplan opgesteld.

De andere geneesheer-directeur vindt het opstellen van een behandelplan alleen maar tijdverlies. *'Vaak verandert het behandelplan. Wat vandaag zo is kan morgen anders zijn. Moet je het behandelplan veranderen, dan ben je alleen bezig met administratie. Ik besteed liever een half uur aan een nuttig gesprek met de patiënt dan dat ik een half uur moet gaan zitten schrijven'*. Deze geneesheer-directeur stelt alleen een behandelingsplan op als het moet, als het niet anders kan, als het te moeilijk wordt. Op de PAAZ waar deze geneesheer-directeur werkzaam is, wordt eerder met een dossier gewerkt dan met een behandelingsplan.

Uit het eerste evaluatieonderzoek is naar voren gekomen dat, hoewel de respondenten een behandelingsplan zinvol achtten, zij er nog geen gewoonte van hadden gemaakt om daarmee te werken. Hoewel in het onderhavige onderzoek sommige respondenten hun vraagtekens hebben bij de zin van een schriftelijk behandelingsplan, stellen de meeste behandelaars wel een schriftelijk behandelingsplan op bij onvrijwillig opgenomen patiënten. Opmerkelijk is dat het opstellen van een behandelingsplan vooral weerstand oproept bij een aantal beroepsbeoefenaars in de onderzochte PAAZ-en. Afhankelijk van de omstandigheden wordt daar met een behandelingsplan gewerkt.

De respondenten uit het vorige evaluatieonderzoek stelden meestal binnen een week een behandelingsplan op. Het lijkt er op dat behandelaars dit plan nu sneller opstellen; vaak direct na opname. Net als in het vorige onderzoek varieert ook nu de frequentie van de evaluatie van het behandelingsplan. In de behandelingsplannen zelf wordt geen aandacht gegeven aan evaluatiemomenten. Kennelijk bestaat er onduidelijkheid over de wettelijke voorschriften ter zake. De praktijk lijkt moeilijk uit de voeten te kunnen met de verplichting om zo spoedig mogelijk na opname een behandelingsplan op te stellen bij patiënten die psychotisch of in een crisissituatie worden binnengebracht.

3.3.4 Informed consent

Een behandelingsplan mag pas uitgevoerd worden met informed consent van de patiënt (art. 38 lid 5 Wet Bopz). Aan de behandelaars is gevraagd in hoeverre het hen lukt om met de patiënt tot overeenstemming te komen over de behandeling. De geïnterviewden onderhandelen met de patiënten en meestal lukt het hen dan om tot een gedeeltelijke of een volledige toestemming te komen.

Een behandelaar zegt dat het bereiken van overeenstemming afhangt van het toestandbeeld van de patiënt. *'Als een persoon psychotisch is, dan is het overlegmodel niet van toepassing. De patiënt is dan wilsonbekwaam.'* Een andere behandelaar ervaart het als een probleem wanneer er zich een noodsituatie voordoet en er ingegrepen moet worden, terwijl er nog geen behandelingsovereenkomst is. *'Als je nog geen behandelingsovereenkomst hebt, dan kom je in een moeilijk gebied terecht. Je probeert wel tot een behandelingsovereenkomst te komen.'* Ook indien er nog geen behandelingsplan tot stand is gekomen, mogen echter op basis van art. 39 lid 1 Bopz middelen en maatregelen ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties worden toegepast. Een geïnterviewde geeft aan bij een patiënt met een IBS nooit tot een behandelingsovereenkomst te komen. *'Als een IBS in een RM overgaat of bij een langlopende RM wel.'* De handelwijze van de laatste geïnterviewde is onjuist, nu art. 38 geen onderscheid maakt tussen patiënten die krachtens een inbewaringstelling en die krachtens een rechterlijke machtiging zijn opgenomen.

Bij gedeeltelijke overeenstemming zullen de behandelaars verder onderhandelen om tot een volledige overeenstemming te komen. Het gedeelte waar geen overeenstemming over is bereikt, zal door sommige behandelaars ook niet uitgevoerd worden. Anderen proberen tijdens het onderhandelen drang uit te oefenen op de patiënt. Eén geïnterviewde zal, als het gaat om het opnemen van vrijheidsbeperkingen in het plan, gebaseerd op redenen die hij gegrond acht, deze maatregelen toch uitvoeren ondanks het ontbreken van toestemming van de patiënt. Het zal duidelijk zijn dat er dan sprake is van dwangbehandeling, tenzij de beperkingen worden gebaseerd op art. 40 Wet Bopz. In dat laatste geval dient uiteraard voldaan te zijn aan de in dit artikel genoemde criteria.

Wanneer de onderhandelingen geen resultaat opleveren, dan bekijken sommige behandelaars of de situatie voldoet aan het criterium voor dwangbehandeling. Indien er sprake is van volstrekte noodzaak om ernstig gevaar af te wenden, dan zal een geïnterviewde toestemming vragen van familie of partner. In de systematiek van de Wet Bopz speelt vervangende toestemming slechts een rol indien de patiënt ter zake wilsonbekwaam wordt geacht. Indien de patiënt wilsbekwaam is, kan een behandeling tegen de wil van de patiënt nimmer worden toegepast op basis van toestemming van een vertegenwoordiger. Een andere geïnterviewde zal om een second opinion vragen. In een noodsituatie zullen de meesten met middelen en maatregelen ingrijpen. Wil een patiënt echt niet meewerken aan de behandeling, dan plaatst een behandelaar hem over naar een gesloten afdeling, waar iemand ook echt tegen zijn wil vastgehouden kan worden. Dat is volgens deze geïnterviewde één keer voorgekomen.

Als een patiënt geen enkel verzet biedt tegen de voorgestelde behandeling en daarin meegaat zonder duidelijk zijn toestemming te hebben gegeven, dan zullen sommige behandelaars – ten onrechte - zijn gedrag als een vorm van informed consent interpreteren. Eén behandelaar denkt daar anders over. *'Als een patiënt zijn handtekening zet onder het plan zonder duidelijk te hebben aangegeven dat hij ermee akkoord gaat, dan beschouw ik dit niet als een informed consent. Zolang ik daar niet van overtuigd ben, neem ik het onderdeel voor onderdeel door met de patiënt.'* Eén behandelaar zegt, indien hij het nodig acht, met de behandeling door te gaan totdat de patiënt duidelijk 'nee' zegt. Het zal duidelijk zijn dat deze zienswijze niet strookt met het begrip 'informed consent'. Een andere geïnterviewde zal dan de behandeling uitvoeren na overleg met familie. Binnen de systematiek van de Wet Bopz is het laatste alleen opportuun als

het een wilsonbekwame, zich niet verzettende patiënt betreft.

Op de vraag of behandelaars denken dat ernstig gestoorde patiënten informed consent kunnen geven, zeggen zij dat sommige patiënten hiertoe wel in staat zijn en andere niet. Een behandelaar zegt overleg te plegen met de geneesheer-directeur en met zijn vakgroep om wilsbekwaamheid te toetsen.

Over het algemeen weten de behandelaars het begrip informed consent goed te omschrijven. Sommige behandelaars geven van het begrip een omschrijving die niet helemaal correct is. Eén geïnterviewde blijkt niet bekend te zijn met het principe. Zijn ervaring is dat veel patiënten, ook Bopz-patiënten, de arts als het ware de volmacht geven om te handelen zoals hem goeddunkt.

De meeste geneesheren-directeur staan positief tegenover het principe van informed consent. Eén geneesheer-directeur denkt daar anders over. *'Mensen die in een psychiatrische toestand zijn, zijn wel formeel wilsbekwaam maar in de klinische praktijk maar deels. Dus informed consent vind ik een groot woord. Ik ben van mening dat een patiënt geen volledige informed consent kan geven. Wij hebben als behandelaar per definitie veel meer ervaring en overzicht op wat consequenties van behandelingen zijn en wat er moet gebeuren als een patiënt in een kritieke situatie komt'*.

Ook de meeste behandelaars vinden het goed dat informed consent nodig is. Een behandelaar noemt het de normaalste zaak van de wereld dat een patiënt geïnformeerd wordt over zijn behandeling en dat hij tijd krijgt om daarover te beslissen. Sommige geïnterviewden vinden dat een informed consent een bevorderende werking heeft op het verloop van de behandeling. Een aantal vindt het begrip niet altijd werkbaar. Het is goed dat het er is, maar het werkt niet prettig als je als behandelaar vaak in een situatie zit waarin de patiënt het niet met de behandeling eens is. Bij één geïnterviewde, die werkt op de afdeling ouderenzorg, is de noodzaak van geïnformeerde toestemming afhankelijk van de aard van de problematiek van de patiënt. *'Soms moet je in het kader van de Wet Bopz fixeren. Als ik een zeer onrustige dementerende binnenkrijg, dan is het flauwekul om deze patiënt om een informed consent te vragen. Ik overleg dan met degenen eromheen. Maar informed consent is toch kull'*. Hij vindt het dan ook niet noodzakelijk om dementerende patiënten om geïnformeerde toestemming te vragen; de Wet Bopz is niet altijd toepasbaar op ouderen. Volgens artikel 38 lid 2 Bopz dient deze behandelaar echter wel plaatsvervangende toestemming te vragen aan de vertegenwoordiger van de patiënt. Indien deze toestemming wordt verkregen en verzet van de patiënt zelf blijft uit, dan mag de behandeling op basis daarvan worden toegepast en behoeft de Wet Bopz ook in de ouderenzorg op dit punt geen problemen op te leveren.

Eén behandelaar acht informed consent niet noodzakelijk. De patiënt is tegen zijn wil opgenomen: hoe kun je dan zijn informed consent verwachten?

De meningen van geneesheren-directeur en behandelaars ten aanzien van informed consent lijkt niet te verschillen met die van de behandelaars uit het vorige onderzoek. In principe staan de meeste ziekenhuismedewerkers positief tegenover informed consent. In het eerste onderzoek vonden veel behandelaars informed consent moeilijk realiseerbaar in de praktijk. Zo lieten bijvoorbeeld patiënten het aan de behandelaar over om beslissingen te nemen. Enkele behandelaars spraken van een paradox: *'De patiënt wordt op het ene moment tegen zijn wil opgenomen, en kort daarna dient de behandelaar met de patiënt te gaan onderhandelen over de behandeling'*¹³. En veel onvrijwillig opgenomen patiënten waren niet of nauwelijks in staat om een goed afgewogen oordeel te geven over de voorgestelde behandeling. Deze bezwaren worden ook nu genoemd door respondenten die een andere invulling geven aan informed

¹³ De Vries, Roering en van de Klippe 1996, 109.

consent.

Net als in het vorige onderzoek lukt het de behandelaars vaak om tot een gedeeltelijke overeenstemming te komen. De handelingen die behandelaars uit beide onderzoeken uitvoeren om tot een volledige overeenstemming te komen verschillen niet of nauwelijks. Er wordt overgegaan tot onderhandelen waarbij sommigen drang uitoefenen op de patiënt. Bij een behandelaar uit het eerste onderzoek gebeurde dit op een 'tendentieuze manier'. In het huidige onderzoek werd door behandelaars gemeld dat, als de onderhandeling geen resultaat oplevert, bekeken wordt of de situatie voldoet aan het criterium voor dwangbehandeling. Tot die tijd gebeurt er niets en blijft de patiënt opgenomen.

3.3.5 Melding aan de geneesheer-directeur

Volgens de Wet Bopz (art. 38 lid 4) dient de behandelaar de geneesheer-directeur op de hoogte te stellen als hij geen overeenstemming met een patiënt over zijn behandelingsplan kan bereiken. Deze meldingsplicht wordt door de meeste behandelaars tijdens de gesprekken niet genoemd. Alle geneesheren-directeur zeggen wel mondeling of schriftelijk op de hoogte te worden gesteld als er geen overeenstemming met de patiënt is bereikt over het behandelingsplan. Niet duidelijk is of dit altijd gebeurt. Twee geneesheren-directeur hebben te kennen gegeven dat dit soms gebeurt. Eén behandelaar zegt niet op dezelfde dag melding te maken aan de geneesheer-directeur. Er wordt eerst verder met de patiënt onderhandeld. Heeft dit geen resultaat, dan wordt bekeken of de situatie misschien voldoet aan het criterium voor dwangbehandeling.

Evenals bij het eerste evaluatieonderzoek, lijkt de melding aan de geneesheer-directeur ook thans niet ingeburgerd te zijn.

3.3.6 Wilsonbekwaamheid

Wanneer de behandelaar oordeelt dat de patiënt op grond van zijn geestelijke stoornis niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen terzake van de voorgestelde behandeling, dan kan de behandelaar de patiënt wilsonbekwaam verklaren (art. 38 lid 2 Wet Bopz).

Bijna alle behandelaars interpreteren het begrip wilsonbekwaamheid zoals dit in de wet is geformuleerd. Eén behandelaar vindt het begrip wilsonbekwaamheid in zijn algemeenheid weinig helder omschreven. Zelf hanteert hij het begrip partiële wilsonbekwaamheid. *'Een psychotisch iemand is tijdelijk partieel wilsonbekwaam ten aanzien van het goed kunnen oordelen over zijn ziekte en noodzakelijke behandeling, maar kan prima wilsbekwaam zijn over keuzes met betrekking tot bijvoorbeeld zijn financiën'*. Als hij zuiver volgens de wet zou handelen, dan zou hij 75% van de Bopz-opnames op de eerste dag tijdelijk partieel wilsonbekwaam moeten verklaren. Hij denkt daarbij aan psychotische patiënten met wie hij op dat moment niet kan overleggen over de voorgestelde behandeling. In de praktijk verklaart hij hen niet wilsonbekwaam. De behandelaar zegt verder partieel wilsonbekwame, psychotische patiënten te kennen die wel medicatie innemen. Van deze mensen zal hij niet zeggen dat ze wilsonbekwaam zijn.

De geneesheren-directeur en de behandelaars geven aan dat het wel eens voorkomt dat een patiënt wilsonbekwaam wordt verklaard. Die verklaring tot wilsonbekwaamheid komt in bijna alle instellingen altijd op schrift te staan. Als men een patiënt wilsonbekwaam verklaart, dan wordt dit meestal tot altijd aan de patiënt meegedeeld. Een behandelaar zegt dat het soms geen zin heeft om met een patiënt in een gevorderd dementeringsproces, de wilsonbekwaamheid te bespreken. Deze geïnterviewde pleegt wel overleg met de wettelijke vertegenwoordiger.

3.3.7 Plaatsvervangende toestemming

Volgens artikel 38 lid 2 Bopz dient de behandelaar in geval van wilsonbekwaamheid, overleg te plegen met de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt of, indien deze ontbreekt, met de persoon die daartoe door de patiënt schriftelijk is gemachtigd. *'Ontbreekt ook zodanige persoon of treedt deze niet op, dan wordt overleg gepleegd met de echtgenoot van de patiënt, tenzij deze dat niet wenst, dan wel, indien ook zodanig persoon ontbreekt, met een ouder, kind, broer of zus van de patiënt, tenzij deze persoon dat niet wenst, een en ander voor zover dit overleg verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener'*. Als er sprake is van wilsonbekwaamheid, dan nemen de behandelaars contact op met plaatsvervangende beslissers voor overleg. Niet duidelijk is of dit altijd gebeurt. Een geïnterviewde zegt: 'Als je het officieel wil gaan doen, dan moet je een mentor organiseren'. Een behandelaar zegt dat hij er de voorkeur aan geeft om niet alles aan de familie over te laten 'want dan maak je de familie tot behandelaar. Ik weet niet of dat altijd wenselijk is'.

Soms voeren de behandelaars de behandeling uit bij een wilsonbekwame patiënt die zich daartegen verzet. In de meeste gevallen gebeurt dit, omdat het criterium voor dwangbehandeling dan van toepassing is. Andere argumenten die genoemd zijn om de behandeling uit te voeren, zijn: ter voorkoming van een gevaarssituatie; een tijdelijke noodsituatie; een WGBO situatie met psychische toestanden (b.v. suïcidaal gedrag); patiënten die dement of zwakbegaafd zijn. Hierbij moet worden opgemerkt dat de Wet Bopz geen onderscheid maakt tussen wilsbekwaam en wilsonbekwaam verzet; indien de patiënt zich verzet, mag slechts dwang worden toegepast indien voldaan is aan de criteria van art. 38 lid 5 of art. 39 lid 1 Wet Bopz, met dien verstande dat ook de daarbij behorende procedureregels in acht dienen te worden genomen.

Aan de behandelaars is gevraagd hoe ze met wilsbekwame patiënten omgaan die op een gegeven moment zich tegen de behandeling gaan verzetten. De meeste geïnterviewden zullen het verzet respecteren en met de patiënt onderhandelen totdat deze met de behandeling instemt. En anders bekijken ze of de situatie voldoet aan het criterium voor dwangbehandeling. In dat geval zal een behandelaar om een second opinion vragen en overleg plegen met de wettelijke vertegenwoordiger. Een behandelaar zegt zich geen situatie te kunnen voorstellen waarin een volstrekt wilsbekwame patiënt een gevaar kan zijn op grond waarvan hij hem een dwangbehandeling zou geven. Een wilsbekwame patiënt krijgt bij deze geïnterviewde geen dwangbehandeling, tenzij er sprake is van partiële wilsonbekwaamheid.

Op de vraag of een gedwongen opgenomen patiënt per definitie wilsonbekwaam is, hebben alle behandelaars 'nee' geantwoord. De geïnterviewden zijn van mening dat een patiënt met een dergelijke maatregel wel degelijk in staat kan zijn om goed te oordelen over de voorgestelde behandeling.

Het vragen van plaatsvervangende toestemming aan de vertegenwoordiger van de patiënt kwam uit het eerste evaluatieonderzoek nauwelijks naar voren. Wat dat betreft is er wel enige vooruitgang op te merken in dit onderzoek. Men lijkt echter niet goed op de hoogte te zijn van de status van de informele vertegenwoordiger, indien een wettelijk vertegenwoordiger en een schriftelijk gemachtigde ontbreken.

Ook is niet geheel duidelijk geworden of men ervan doordrongen is dat ook wilsonbekwaam verzet de plaatsvervangende toestemming van de vertegenwoordiger doorbreekt.

3.4 Dwangtoepassing

De Wet Bopz onderscheidt twee vormen van dwangtoepassing: dwangbehandeling en middelen en maatregelen ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties. Dwangbehandeling is onder strikte voorwaarden toegestaan als met de patiënt of – bij onbekwaamheid – zijn vertegenwoordiger geen overeenstemming over de behandeling kan worden bereikt dan wel de patiënt of zijn vertegenwoordiger zich verzet tegen behandeling. Dwangbehandeling is slechts toelaatbaar voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden (art. 38 lid 5 Bopz). De toepassing van middelen en maatregelen in noodsituaties 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 Bopz).

3.4.1 Onderscheid dwangbehandeling en middelen en maatregelen in noodsituaties

Aan de geneesheren-directeur, de behandelaars en de verpleegkundigen is gevraagd wat volgens hen het verschil is tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen in noodsituaties. Over het algemeen weten de geneesheren-directeur en behandelaars het onderscheid te benoemen. Uit gesprekken met twee behandelaars blijkt dat zij het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen niet goed in het hoofd hebben. Eén van deze respondenten reageert namelijk als volgt: *'Kun je na zeven dagen nou nooit meer een noodsituatie tegenkomen die je niet kunt voorzien? Word je geacht na zeven dagen dit soort situaties altijd te kunnen voorzien? Het is een groothedsfantasie om te denken dat je dat altijd zou kunnen'*.

Volgens de Wet Bopz mogen middelen en maatregelen ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties wel degelijk worden toegepast, als deze niet in het behandelplan zijn voorzien. De wet dwingt helemaal niet tot het voorzien van alle noodsituaties.

De verpleegkundigen kunnen het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen niet altijd volledig benoemen en interpreteren beide begrippen soms onjuist. De belangrijkste verschillen zoals de tijdsduur, de procedure en de aanwezigheid van een behandelingsplan worden wel genoemd, maar wanneer de verpleegkundigen hun antwoorden toelichten, blijkt het onderscheid voor hen nog niet helemaal duidelijk te zijn. Een verpleegkundige vertelt over de procedure: *'De rechtbank kijkt ook mee met een dwangbehandeling bij IBS en RM. En bij M&M in noodsituaties kijkt er geen rechtbank mee'*. Deze uitspraak is onjuist. De rechtbank wordt er pas bij betrokken als een patiënt daartoe stappen onderneemt, omdat hij het niet eens is met de dwangbehandeling. Dit kan overigens ook bij een middel en maatregel.

Gezegd kan worden dat de meeste geneesheren-directeur en behandelaars het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen in noodsituaties zinvol vinden. Een aantal behandelaars deelt deze mening, maar vindt het onderscheid niet altijd helder. Een respondent geeft dit met een voorbeeld aan. *'In het behandelplan van een psychotische IBS-patiënt staat vermeld 'zonodig bij agressieve escalatie separeren'. Als deze patiënt agressief wordt en ermee akkoord gaat dat hij gesepareerd wordt, dan is het een separeerakkoord. Gaat de patiënt er niet mee akkoord, dan moeten we kiezen: noemen we het een M&M-nood als we het toch noodzakelijk vinden, of een begin van een dwangbehandeling?'*

Voor enkele verpleegkundigen op een gesloten afdeling levert het zojuist beschreven voorbeeld soms een onwerkbare situatie op. Het juridische kader moet uitgesplitst worden: *'is het nu nood, is het nu akkoord, of is het nu dwang?'* Een verpleegkundige zegt daarover: *'Neem van mij aan, van een verpleegkundige op de vloer. Als er een acute noodsituatie komt dat iemand in gevaar is, bijvoorbeeld een collega wordt gewurgd door een patiënt of zo, dan ga ik echt niet eerst zitten nazoeken of het nou nood of dwang of weet ik wat is. Dan pak ik gewoon zo'n figuur op en zet hem in de separeer. En dan ga ik pas even kijken en overleggen'*. Een groep verpleeg-

kundigen, ook werkzaam op een gesloten afdeling, heeft geleerd om met dit onderscheid te werken. In de praktijk levert dit voor hen niet veel problemen op. Het gaat om twee verschillende formulieren, en inmiddels weet men goed wanneer het ene moet worden gebruikt en wanneer het andere. Dat is de groeiende ervaring met de wet. De verpleegkundigen gaan er vanuit dat er in principe maar één keer een M&M-formulier moet worden ingevuld. Als verwacht wordt dat er opnieuw noodsituaties zullen optreden, moet de behandelaar in het behandelingsplan opnemen hoe hij die denkt te overbruggen. Volgens de wet Bopz moet een M&M-nood steeds weer geregistreerd worden, ook al staat één en ander in het behandelplan vermeld. Over het nut van het onderscheid zijn de meningen verdeeld onder de verpleegkundigen.

Vergeleken met het eerste evaluatieonderzoek zijn er geen bijzondere verschillen op te merken ten aanzien van het onderscheid tussen beide vormen van dwangtoepassing, al lijkt de kennis op dit onderdeel in het algemeen te zijn verbeterd. Interessant om te vermelden is wel dat, in tegenstelling tot het vorige onderzoek, de meeste geneesheren-directeur en behandelaars het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen in noodsituaties zinvol vinden.

3.4.2 Dwangbehandeling

Onder dwangbehandeling wordt verstaan: het uitvoeren van een behandelingsplan zonder de vereiste toestemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger, of bij verzet van de patiënt. Onder verzet moet worden verstaan zowel het verzet van een bekwame patiënt (bekwaam verzet) als het verzet van een wilsonbekwame patiënt (onbekwaam verzet). Verder mag verzet niet worden beperkt tot 'bewust' verzet; verzet moet worden opgevat als 'feitelijk' verzet¹⁴, waarbij zowel verbale als non-verbale uitingen relevant kunnen zijn. Voor het uiten van verzet gelden geen vormvereisten.

Aan de geneesheren-directeur en de behandelaars zijn vier situaties voorgelegd die betrekking hebben op de definitie van verzet in de zin van art. 38 lid 5 Bopz. In de beschreven situaties gaat het steeds om in het behandelplan opgenomen therapeutische middelen. Gevraagd is of zij bij elke situatie willen aangeven of er volgens hen sprake is van verzet in de zin der wet. In de eerste situatie verzet een wilsbekwame Bopz-patiënt zich fysiek tegen separatie. In de tweede situatie loopt een wilsbekwame Bopz-patiënt onder protest mee naar de separeer. In de derde situatie verzet een wilsonbekwame Bopz-patiënt zich fysiek tegen toediening van de voorgeschreven medicatie. In de vierde en laatste situatie slikt een wilsonbekwame patiënt de voorgeschreven medicatie onder protest. De interpretaties van de geneesheren-directeur en de behandelaars ten aanzien van verzet kunnen als volgt globaal opgedeeld worden in:

- Fysiek en verbaal protest is verzet
- Alleen fysiek protest is verzet
- Verbaal protest is afhankelijk van de reden van verzet of van de M&M.

Hieronder volgt een uitwerking van de interpretaties. Er is gekeken of de heftigheid van het verzet en het oordeelsvermogen van de patiënt daarbij een rol spelen.

3.4.2.1 Verzet

Fysiek en verbaal protest is verzet

In principe interpreteren de meeste geneesheren-directeur en behandelaars fysiek en verbaal protest als verzet in de zin der wet. Op de vraag of het uitmaakt of beide vormen wel of niet heftig (bijvoorbeeld zachtjes tegenstribbelen/kalm en rustig protesteren in plaats van vechten/schreeuwen) geuit moeten worden om het als verzet te worden beschouwd hebben de meeste behandelaars negatief geantwoord. Twee geneesheren-directeur brengen een nuance aan in hun antwoorden. De eerste zegt over de mate van fysiek verzet het volgende. *'Heftig*

¹⁴ TK 1991-1992, 21 239, nr. 24.

verzet is in ieder geval verzet. Zachtjes tegenstribbelen vraagt om een persoonlijke inschatting. Dan moet je het non-verbale gedrag goed interpreteren. De tweede geneesheer-directeur zegt over de mate van verbaal protest: 'Ik maak geen onderscheid tussen een kalm verbaal protest en een schreeuwend protest. Maar je moet proberen erachter te komen waarom iemand protesteert'. Deze geïnterviewde zegt dat verbaal protest verzet is. Maar afhankelijk van de situatie zal hij toch ingrijpen nadat hij melding gemaakt heeft aan de wettelijke vertegenwoordiger. Bij verwarde of depressieve patiënten die zich verbaal verzetten wordt er door deze geneesheer-directeur gehandeld. 'Achteraf zijn ze dankbaar dat er ingegrepen werd', aldus de geïnterviewde. De meeste geneesheren-directeur en behandelaars maken bij het interpreteren van verzet geen onderscheid tussen een wilsbekwame en een wilsonbekwame patiënt. Alleen fysiek protest is verzet

Eén geneesheer-directeur en een behandelaar interpreteren alleen fysiek verzet als zodanig. Het maakt voor hen niet uit of het afkomstig is van een wilsbekwame of een wilsonbekwame patiënt. De geneesheer-directeur licht zijn antwoord toe. We maken hier een onderscheid tussen het verbale en non-verbale gedrag. Mensen zeggen vaak van alles, maar doen het niet. Als mensen verbaal protesteren en toch doen wat er gevraagd wordt, dan is dat geen verzet'. *Verbaal protest is afhankelijk van de reden van verzet of van de M&M*

Twee behandelaars weten niet of het onder protest slikken van de voorgeschreven medicatie als verzet in de zin der wet geïnterpreteerd kan worden. Voor beiden maakt het niet uit of de patiënt wilsbekwaam is of niet. Eén van hen zegt over verbaal protest het volgende. *'Het ligt eraan wat dat protest inhoudt. Als iemand verbaal aangeeft het niet eens te zijn met de medicatie en het vervolgens toch inneemt, dan wil ik weten waarom. De kwestie is: hoe moet je verzet interpreteren? Dat staat niet echt ergens vermeld'*. Deze behandelaar zegt dat de volume van het verbaal protest geen invloed heeft op de interpretatie van het verzet.

Bij één behandelaar hangt het van de maatregel af of hij het verbaal protest als verzet in de zin der wet interpreteert. *'Wanneer een patiënt onder verbaal protest en met een beetje drang medicatie slikt, dan is dit geen verzet. Wanneer een patiënt onder protest naar de separeer loopt, dan is dat wel verzet. Het verschil is dat de patiënt bij een medicatie kan besluiten om het toch niet in te nemen. De uiteindelijke beslissing ligt bij de patiënt. Bij separatie heeft de patiënt die keuze niet'*. Op de vraag of de behandelaar bij verzet een onderscheid maakt tussen een wilsbekwame en een wilsonbekwame patiënt, antwoordt deze dat hij geneigd is om verzet van een wilsonbekwame patiënt minder serieus te nemen.

Over patiënten die ambivalent gedrag vertonen, zegt een behandelaar: *'Als een patiënt het ene moment 'ja' zegt en het volgende moment 'nee', dan misbruiken we dat. Dus het moment waarop een patiënt zegt 'ja, oké', dan handelen we'*. Een andere behandelaar vindt dat het verzet een repetitief karakter moet hebben, omdat eenmalige uiting van verzet een vorm van impulsiviteit kan zijn. Een geneesheer-directeur is van mening dat een verbaal protest consistent is als het verzet een half uur lang ongewijzigd is. Maar het hangt er ook van af hoe goed de geïnterviewde de patiënt kent. *'Dan weet ik of het verzet bij de patiënt past of niet. Daarbij kijk je naar de intensiteit en de manier waarop iemand kijkt. En dan heb je geen half uur nodig om het als verzet te interpreteren. Zo kan een patiënt zich per definitie tegen alles verzetten. Als we ervan overtuigd zijn dat de patiënt het echt meent dan wegen we af of dit einde oefening is. Of het moet zijn dat we op psychiatrische gronden - er is sprake van gevaar of iemand is niet in staat zijn situatie te overzien - de patiënt niet kunnen laten gaan'*.

3.4.2.2 Ernstig gevaar

In de Wet Bopz is het dwangbehandelingscriterium 'ernstig gevaar' niet uitgewerkt. In hoofdstuk 2 (2.2.4) is uiteengezet welke situaties de commissie Van Dijk destijds hierbij voor ogen hebben gestaan. Ook voor een uitvoerige uiteenzetting van hoe in de jurisprudentie in de periode 1997-2000 nader invulling is gegeven aan de criteria voor dwangbehandeling wordt naar hoofdstuk 2

verwezen.

Aan de geneesheren-directeur, de behandelaars en de verpleegkundigen is gevraagd hoe zij het begrip 'ernstig gevaar' interpreteren.

Een geneesheer-directeur vindt het begrip 'ernstig gevaar' subjectief en daardoor moeilijk werkbaar. Hij gaat eerder uit van het lijden van de patiënt, dat oplosbaar is binnen het klinisch psychiatrisch handwerk. Een andere geneesheer-directeur voegt een extra element toe aan het criterium, namelijk gevaar voor openbare orde of goederen. Vernieling van materiaal kan volgens hem ook onder het criterium voor dwangbehandeling vallen. *'Als een patiënt op de afdeling de boel gaat vernielen onder invloed van psychose, dan vind ik het voldoende om iemand voor dwangbehandeling in aanmerking te laten komen, los van het feit dat daarmee het leefmilieu van anderen ernstig ontwricht wordt op een opname- of een behandelafdeling'*. Hier wordt een criterium voor dwangopneming verward met een criterium voor dwangbehandeling. Ook de behandelaars en verpleegkundigen noemen een aantal voorbeelden van ernstig gevaar: gevolgen op langere termijn; zelfverwaarlozing; ernstig gevaar voor maatschappelijke teloorgang; vanuit een psychose uit het dak gaan en ramen intrappen. Deze voorbeelden vormen echter, afgezet tegen de ontwikkelingen in de jurisprudentie, geen ernstig gevaar in de zin van artikel 38 lid 5 Bopz. Bovendien moet het gaan om ernstig gevaar binnen het ziekenhuis. Toch worden er voorbeelden van gevaar dat zich buiten de psychiatrische instelling afspeelt, genoemd ('uitputting van de partner', 'de straat oversteken met gevaar voor anderen' en 'overdadig geld uitgeven vanuit een psychische stoornis'). Een behandelaar vertelt: *'Volgens de wet moet binnen de kliniek sprake zijn van ernstig gevaar. Onze redenering is geweest: als wij niet behandelen, dan blijft deze psychose bestaan. Dat betekent dat vermoedelijk het oorspronkelijk gevaar waarom iemand opgenomen is, niet verbetert, het blijft consequent aanwezig. Dat betekent dat je eindeloos lang iemand onbehandeld psychotisch op de afdeling moet laten en daarmee verliest hij de mogelijkheid om in zijn gezin te wonen, etc.. Dat verlies, ruïneren van het sociaal maatschappelijk bestaan, vinden we toch een ernstig gevaar wat voort blijft duren, ondanks het feit dat iemand met een Bopz-maatregel is opgenomen'*. Onbehandelde psychose of sociale invaliditeit vormen volgens recente jurisprudentie (zie hoofdstuk 2) als zodanig geen ernstig gevaar in de zin van artikel 38 lid 5 Wet Bopz, al hebben rechtbanken in het verleden ook anders hierover geoordeeld. Overigens is de geïnterviewde hiervoor drie keer naar de klachtencommissie en naar de rechtbank geweest. Tweemaal werd de dwangbehandeling gefiatteerd en éénmaal vond de rechtbank dat niet voldaan was aan het criterium van ernstig gevaar.

De meeste ziekenhuismedewerkers vinden dat het gevaarscriterium bij dwangbehandeling te eng geformuleerd is. Die enge benadering roept bij een behandelaar onmachtsgedoele op. 'Je handelt volgens de wet en niet volgens je eigen beroepsethiek. En de wet gaat voor'. Een veel gehoorde uitspraak van de ziekenhuismedewerkers is dat er een groep psychiatrische patiënten buiten beeld blijft omdat ze niet voldoen aan het gevaarscriterium. De meesten vinden dan ook dat het bestwilcriterium (soms) wenselijk is in goed omschreven omstandigheden. Sommigen vinden dat afwending van verloedering en verkommering ook opgenomen moeten worden in het criterium voor dwangbehandeling.

In het eerste evaluatieonderzoek vonden sommige behandelaars het begrip 'ernstig gevaar' onduidelijk en vaag. Voor anderen bood de vaagheid ervan hen juist mogelijkheden het begrip naar eigen inzicht in te vullen. Die onduidelijkheid omtrent het begrip 'ernstig gevaar' heeft mogelijk ertoe geleid dat sommige geneesheren-directeuren en behandelaars in dit onderzoek er een onjuiste en/of te ruime interpretatie aan hebben gegeven. Nog steeds blijken gevaarssituaties buiten het ziekenhuis ten grondslag te worden gelegd aan beslissingen tot dwangbehandeling.

ling. Deze situaties vallen echter niet binnen het restrictieve gevaarscriterium van art. 38 lid 5 Bopz. Dit geldt ook voor gevaar voor materiële zaken en gevaar voor de algemene veiligheid van personen en goederen. De bevinding dat ook gevaar voor materiële zaken wordt gezien als 'ernstig gevaar' in de zin van art. 38 lid 5 Bopz sluit aan bij de conclusies van het rapport "Dwangbehandeling en dossiervorming" van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Den Haag, juli 2000), waarin twee gevallen worden genoemd waarin dwangbehandeling louter en alleen op basis van gevaar voor materiële zaken werd toegepast en zes gevallen waarin zulks plaatsvond op basis van gevaar voor de algemene veiligheid van personen en goederen. Gelet op de uitspraken van sommige respondenten, lijkt men zich er soms wel van bewust te zijn dat een aantal van de hierboven genoemde situaties niet de toets aan art. 38 lid 5 Bopz kan doorstaan, maar speelt weerstand tegen de wettelijke regeling mede een rol bij het (te) ruim interpreteren hiervan. Het feit dat de Wet Bopz leidt tot gedwongen opname en niet in alle gevallen waarin dat noodzakelijk wordt geacht tot gedwongen behandeling, ervaren sommige respondenten als een knelpunt. Er wordt nogal eens teruggeblikt op de tijd vóór de invoering van de Wet Bopz, toen het bestwilcriterium nog toegestaan was. Dit overigens ten onrechte, omdat de Krankzinnigenwet in het geheel geen mogelijkheid voor dwangbehandeling bood. Samenvattend lijkt de werkbaarheid van het begrip 'ernstig gevaar' er in vergelijking met de eerste evaluatie niet veel beter op geworden.

Indien het tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging ingediende amendement leidt tot schrapping van het woord 'ernstig' uit art. 38 lid 5, derde volzin, zal in belangrijke mate tegemoet worden gekomen aan de bezwaren van de beroepsbeoefenaren en zal dwangbehandeling onder aanzienlijk meer omstandigheden mogelijk zijn dan thans het geval is. Het is echter de vraag of dit ook vanuit het oogpunt van rechtsbescherming van de patiënt als een wenselijke ontwikkeling moet worden gezien.

Melding en registratie van dwangbehandeling

De meldings- en registratieverplichtingen met betrekking tot dwangbehandeling worden gezamenlijk behandeld met de administratieve verplichtingen met betrekking tot middelen en maatregelen in paragraaf 3.4.5. Hiervoor is gekozen om onnodige overlappingen te voorkomen.

3.4.3 Middelen en maatregelen ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties

Het ziekenhuis mag slechts zijn toevlucht nemen tot middelen en maatregelen in onvoorziene, acuut gevaarlijke situaties die door de geestesstoornis van de patiënt in het ziekenhuis worden veroorzaakt (art. 39 Bopz). Het gaat om situaties waarin nog geen schriftelijk behandelingsplan voorhanden is of om situaties waarin dat plan niet voorziet. Van noodsituaties is bijvoorbeeld sprake als de patiënt onverwacht zodanig psychotisch functioneert dat dit leidt tot gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen. Van een noodsituatie kan ook sprake zijn als de meer dan normale kans bestaat dat een dergelijke situatie zich zal gaan voordoen (Nota van Toelichting bij het Besluit Middelen en Maatregelen Bopz).

Aan de beroepsbeoefenaren is gevraagd:

- in welke situaties zij middelen en maatregelen toepassen;
- welke middelen en maatregelen het meest voorkomen;
- welke uitvoeringsproblemen zij in de praktijk ervaren;
- welke voor- en nadelen en knelpunten zij ervaren met de wettelijke regeling.

Wanneer worden middelen en maatregelen toegepast?

Aan de verschillende ziekenhuismedewerkers is gevraagd in welke noodsituaties middelen en maatregelen worden toegepast. De meest voorkomende situaties die de ziekenhuismedewerkers noemen zijn: bij agressie, wanneer met agressie bedreigd wordt, wanneer de patiënt zichzelf beschadigt of pogingen daartoe onderneemt, en bij suïcidaliteit. Daarnaast interpretern sommigen situaties waarin met meubilair of servies gegooid wordt als een noodsituatie. Bij

vernielingen zal een aantal verpleegkundigen eerst willen onderzoeken waarom iemand zo doet. Er worden niet vanzelfsprekend M&M toegepast. Wanneer de behandelaar en/of verpleegkundigen een gevoel van onveiligheid hebben of zich bedreigd voelen, wordt dat ook als een noodsituatie gezien. Een behandelaar en enkele verpleegkundigen vinden personele onderbezetting ook een noodsituatie wanneer er dan onvoldoende fysiek (oog in oog) op iemand gelet kan worden. In de jurisprudentie worden personele onderbezetting, organisatorische problemen en burnout bij het personeel niet gehonoreerd als noodsituaties in de zin van art. 39 Wet Bopz (o.a. Rb Arnhem 29-1-1991, KG 1991/9; Rb 's-Hertogenbosch 29-4-1993, KG 1993-194; Rb Zutphen 20-03-1995, rek.nr. 681v/95, ongepubl.; Rb 's-Hertogenbosch 06.03.2001, BJ 2001,27).

Welke middelen en maatregelen komen het meest voor?

De middelen en maatregelen die volgens artikel 2 Besluit Middelen en Maatregelen Bopz ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties mogen worden toegepast zijn gedwongen separatie, afzondering, fixatie, toediening van medicatie, toediening van vocht en voeding.

Van alle middelen en maatregelen wordt in de onderzochte instellingen separatie het meest toegepast. Ook komen combinaties van middelen en maatregelen voor.

Bijna alle behandelaars verklaren wel eens twee of meerdere middelen en maatregelen tegelijk te hebben toegepast. Genoemd werden de volgende combinaties:

separatie en toediening van medicatie

afzondering en toediening van medicatie

separatie en fixatie

Separatie en dwangmedicatie worden door de behandelaars als meest voorkomende combinatie aangemerkt. Vanuit het oogpunt van proportionaliteit en subsidiariteit dient gecombineerde dwangtoepassing zoveel mogelijk te worden vermeden.

Waar mogelijk zou met een eventuele voorkeur van de patiënt voor een bepaalde maatregel zoveel mogelijk rekening moeten worden gehouden (o.a. Widdershoven, Handboek Opnemings en Verblijf, aant. 9 bij art. 39).

De verpleegkundigen geven aan dat, als de patiënt in staat is te overleggen er rekening wordt gehouden met de voorkeur van de patiënt. Een verpleegkundige: *'Onderhandelen staat voorop. Onderhandelen op basis van gelijkwaardigheid, de betrokkenheid van de patiënt zelf. Die heeft daar een hele grote stem in toch, ook bij middelen en maatregelen. Als het echt niet meer gaat, dan beslissen wij'*.

Uitvoeringsproblemen

Aan de verpleegkundigen is gevraagd of zij problemen ondervinden bij de uitvoering van de vijf middelen en maatregelen. Met betrekking tot separatie, fixatie en afzondering wordt genoemd dat de faciliteiten ontbreken of ontoereikend zijn om de maatregel goed te kunnen uitvoeren. Zo is er geen belysting vanuit de separeerruimte. Dit laatste staat overigens op gespannen voet met de Nota van Toelichting bij het Besluit Middelen en Maatregelen Bopz (II Artikelsgewijs onder Artikel 2), volgens welke op de een of andere wijze voorzien moet zijn in doorlopend toezicht (persoonlijk toezicht of toezicht via een gesloten televisiecircuit of andere communicatiemogelijkheden). Bij één ziekenhuis verkeren de separeerruimtes in slechte staat. Verder is de privacy van de patiënt bij separatie niet gewaarborgd. Andere patiënten kunnen namelijk door de kleine ruiten in de separeerruimtes kijken. En in sommige ziekenhuizen is er geen afzonderingskamer. Daarnaast speelt de personele bezetting een rol bij afzondering. Een verpleegkundige: *'Mijn collega zei ooit dat je soms het aantal contactmomenten moet minimaliseren omdat er personeelstekort is. Dat vind ik schrijnend. Nou gebeurt dat niet ?regelmatig maar het komt voor. Gezien de basiscriteria betekent dat je afzondering niet kunt toepassen, maar dat je moet overgaan tot separeren'*.

Wat betreft de uitvoering van de overige middelen en maatregelen zijn er door de verpleegkun-

digen geen bijzondere problemen genoemd.

Voor- en nadelen en knelpunten van de Wet Bopz bij M&M

De ziekenhuismedewerkers zijn van mening dat de Wet Bopz bij de toepassing van middelen en maatregelen voordelen, nadelen en knelpunten heeft.

Als voordelen worden o.a. genoemd: de registratie, het kunnen ingrijpen in acute noodsituaties, het zorgvuldiger omgaan met het toepassen van M&M, en verbetering van toetsing van het uitgevoerde beleid. De registratie wordt echter door sommigen als een nadeel beschouwd. Zo vindt een behandelaar registratie rondom M&M in kleine instellingen overbodig. Een behandelaar die werkzaam is op de afdeling ouderenpsychiatrie vindt de manier waarop in de Wet Bopz de toepassing M&M is geregeld, niet altijd van toepassing op haar patiëntengroep. *'Als ik strikt de Wet Bopz volg moet ik eerst een 80-jarige dementerende gedragsgestoorde in de separeer zetten, een half uur kijken of hij gekalmeerd is. De patiënt snapt bij God niet wat hem overkomt, en dan pas mag ik gaan spuiten. Formeel moet ik in het kader van de Wet Bopz eerst separeren en dan pas spuiten. Zo is de Wet Bopz op dit ogenblik gedefinieerd. Dat doen we zo ook niet, in overleg met de Inspectie'*. Op dit punt is de behandelaar kennelijk niet goed geïnformeerd: artikel 39 Bopz stelt separatie en dwangmedicatie namelijk op één lijn. Er is geen sprake van een verplichting tot separeren alvorens dwangmedicatie mag worden toegepast. Bovendien staat in de Nota van Toelichting bij Besluit Middelen en Maatregelen Bopz dat separatie niet mag worden toegepast ten aanzien van psycho-geriatrische patiënten die zijn opgenomen in een verpleeginrichting.

Een andere behandelaar noemt als knelpunt de onduidelijkheid met betrekking tot de hiërarchie bij dubbele dwang en de plaatsing van de toepassing van vocht of voeding onder het rechtsregime van de WGBO of van de Wet Bopz. Op laatstgenoemd probleem wordt in het navolgende ingegaan.

M&M bij somatische klachten

Aan de geneesheren-directeur en behandelaars is gevraagd of sondevoeding, indien deze bij een Bopz-patiënt wordt toegediend, onder het regime valt van de Wet Bopz of van de WGBO. De helft van de respondenten is van mening dat deze onder beide regelingen valt. De anderen vinden dat toediening van sondevoeding onder het regime van de WGBO valt, en een klein deel plaatst deze maatregel onder de Wet Bopz. *'Toediening van vocht of voeding is een M&M en valt onder de Bopz. Maar het kan ook toegediend worden omdat de patiënt wilsonbekwaam is en dan valt het onder de WGBO. Wat is het verschil, de grens?'* Ook in een PAAZ wordt dit als knelpunt ervaren: *'Hier in de PAAZ is het probleem dat lichamelijke behandeling geweigerd wordt en daardoor de situatie levensbedreigend is, waarbij je je afvraagt: 'is dit nou psychiatrie of niet?', 'valt dit onder de WGBO of onder de Bopz?'* Dat vind ik een mistig overgangsgebied dat niet goed gedefinieerd is. De wet is te theoretisch en dus niet goed werkbaar'.

Hoe dit moet worden geïnterpreteerd, is afhankelijk van het doel waarmee de maatregel wordt toegepast. Indien sondevoeding wordt toegepast ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie, is het regime van art. 39 Bopz zonder meer aangewezen. Indien somatische behandeling wordt beoogd, zou het geven van sondevoeding strikt genomen niet kunnen plaatsvinden in het kader van dwangbehandeling op grond van art. 38 lid 5 Bopz. Het Bopz-behandelingsplan heeft immers geen betrekking op de behandeling van somatische aandoeningen (Nota van Toelichting bij het Besluit rechtspositieregelen Bopz, onder I Algemeen). Het WGBO-regime zou dan aangewezen zijn. Art. 465 lid 6 WGBO ziet echter alleen op dwangbehandeling van wilsonbekwame patiënten en strekt tot voorkoming van ernstig nadeel voor de patiënt zelf. Daarbij moet nog worden opgemerkt dat de regeling in de WGBO onvoldoende rechtswaarborgen omvat om dergelijke ernstige inbreuken op de lichamelijke integriteit te kunnen rechtvaardigen. Zolang de wetgever de benodigde waarborgen niet aan de WGBO heeft toegevoegd, is het vanuit het

oogpunt van de rechtsbescherming van de patiënt wellicht te verkiezen om in een dergelijk geval toch terug te vallen op het Bopz-regime.

De interpretatie van het begrip tijdelijke noodsituatie door de ondervraagde ziekenhuismedewerkers verschilt niet of nauwelijks met die van de respondenten uit het eerste evaluatieonderzoek. Niet in alle gevallen wordt daarin het wettelijk kader gevolgd.

Middelen en maatregelen lijken nog steeds te worden toegepast op grond van organisatorische problemen en ter afwending van gevaar voor materiële zaken, hetgeen zich niet met dat kader verdraagt. Ook in de uitvoeringssfeer worden nog problemen gemeld. Net als in het eerste evaluatieonderzoek blijkt ook thans nog separatie het meest te worden toegepast als vorm van dwangtoepassing, gevolgd door gedwongen medicatie. Separeren en dwangmedicatie worden in beide onderzoeken als meest voorkomende combinatie aangemerkt. Het lijkt erop dat er nu meer rekening wordt gehouden met de voorkeur van de patiënt. Beroepsbeoefenaren vinden het onduidelijk welk rechtsregime in geval van dwang bij somatische klachten moet gelden.

3.4.4 Besluitvorming bij middelen en maatregelen

Over het algemeen is in de praktijk de rol van geneesheren -directeur van administratieve aard; zij worden bij toepassing van dwang ingelicht. Indien nodig vindt er wel overleg plaats. Maar het zijn het de behandelaars die de beslissing nemen tot de toepassing van middelen en maatregelen, al dan niet in overleg met collega's en/of de Inspectie. De verpleegkundigen hebben daarin een signalerende rol. Een verpleegkundige: *'Wij leveren vaak, op grond van wat wij acht uur zien bij iemand, informatie aan op grond waarvan de psychiater uiteindelijk kan beslissen tot dwangbehandeling'*.

Ook over het toepassen van middelen en maatregelen beslist de behandelaar, al dan niet in overleg met het behandelteam. In acute noodsituaties zijn het vaak de verpleegkundigen die tot handelen overgaan, al dan niet in overleg met de behandelaar. Een behandelaar: *'Het is wel regel dat de dokter beslist, maar je gaat natuurlijk niet het gevaar door laten lopen terwijl je probeert de dokter te bereiken. De dokter wordt in dit geval zo snel mogelijk gebeld. Als je het gevaar ziet aankomen, dan wordt de dokter eerst gebeld voordat er tot handelen overgegaan wordt'*. In de Nota van Toelichting bij het Besluit Middelen en Maatregelen Bopz staat dat de behandelend arts of diens vervanger over de toepassing van M&M beslist of, als geen van beiden aanwezig is, het verpleegkundig afdelingshoofd of diens vervanger. In het laatstgenoemde geval is het zaak dat een arts zo spoedig mogelijk de verantwoordelijkheid voor de beslissing overneemt. Sommige verpleegkundigen lijken hiervan niet goed op de hoogte te zijn. Volgens een respondent mag de verpleegkundige volgens de BIG wel degelijk tot M&M beslissen. Dat het een verpleegkundige moet zijn met een leidinggevende functie, leeft niet in de praktijk van dit ziekenhuis.

Vergeleken met het vorige evaluatieonderzoek zijn er geen verschillen op te merken in de besluitvorming rondom dwangbehandeling en middelen en maatregelen. De rol die de verschillende ziekenhuismedewerkers hierin vervullen, is hetzelfde gebleven.

3.4.5 Melding en registratie

De meldings- en registratieverplichtingen met betrekking tot dwangbehandeling en middelen en maatregelen worden in deze paragraaf en de daarop volgende twee subparagrafen gezamenlijk besproken. Hiervoor is gekozen om onnodige overlappingsen te voorkomen, nu de meldings- en registratieverplichtingen met betrekking tot beide dwanginterventies in grote lijnen overeenkomen.

De wet kent ter zake van de toepassing van dwangbehandeling en middelen en maatregelen enkele meldings- en administratieve voorschriften en gaat er daarbij van uit dat de geneesheer-

directeur op de hoogte dient te zijn. Dat kan worden afgeleid uit de bepalingen in de wet die voorschrijven dat de geneesheer – directeur verantwoordelijk is voor informeren van de naaste relaties van de patiënt en de Inspectie. De Inspectie behoort van elke dwangtoepassing op de hoogte te worden gesteld, naast de relevante relaties: de wettelijk vertegenwoordiger, gemachtigde, echtgenoot of familie (art. 38 lid 6; art. 39 lid 3 Wet Bopz). Art. 56 lid 1 sub e/f verplicht tot het gemotiveerd schriftelijk vastleggen van de toepassing van dwangbehandeling en middelen en maatregelen in het patiëntendossier. Art. 57 ten slotte, verplicht tot het registreren van elke toepassing van een middel of maatregel in het M&M-register.

3.4.5.1 Inlichten van de relevante relaties bij dwangtoepassing

De geneesheren -directeur gaven te kennen dat zij altijd geïnformeerd worden bij dwangtoepassing. Met betrekking tot middelen en maatregelen liet één geneesheer-directeur weten dat hij maar soms op de hoogte gebracht, hetgeen niet strookt met de wet. De Wet Bopz bepaalt dat vervolgens de geneesheer-directeur de relevante relaties van de patiënt informeert over de dwangtoepassing. Bij dwangbehandeling worden in de meeste instellingen de relevante relaties op de hoogte gebracht. Behalve dat het kennelijk nog niet altijd plaatsvindt is het ook meestal niet de geneesheer-directeur die deze taak uitvoert. Slechts in één instelling worden de relevante relaties door de geneesheer-directeur ingelicht, waarbij deze aangaf dat hij dat ook wel eens nalaat.

Bij de overige instellingen hebben de behandelaar of de verpleegkundige of beiden hierin een rol. Een geneesheer-directeur: *'Het inlichten van de partner en de wettelijke vertegenwoordiger doe ik niet. Ik ken de mensen niet, het netwerk niet. Ik kan ze onvoldoende ter zake informeren, onvoldoende gedetailleerd toelichten en verantwoorden. Dit is een zaak van de behandelaar en de verpleegkundige'*.

Als het gaat om toepassing van middelen en maatregelen, dan worden in alle instellingen de relevante relaties op de hoogte gebracht, zij het niet altijd en stelselmatig. Een geneesheer-directeur noemt een situatie waarin bijvoorbeeld de familie niet ingelicht wordt. *'Als de patiënt hiervoor geen toestemming geeft of wanneer de patiënt een slechte relatie heeft met de familie, dan wordt de familie niet ingelicht'*. Vanuit het oogpunt van de privacy van de patiënt is deze zienswijze verdedigbaar (o.a. Widdershoven, Handboek Opneming en Verblijf, aant. 10 bij art. 38 en aant. 12 bij art. 39). In bijna alle instellingen worden bij middelen en maatregelen de relevante relaties door de verpleegkundige en/of de behandelaar ingelicht. Slechts één geneesheer-directeur voert deze taak uit. Er lijkt echter geen bezwaar te zijn tegen delegatie of mandatering door de geneesheer-directeur van deze taak aan 'lagere' functionarissen.

3.4.5.2 Inspectie en registratie

Dwangbehandeling

- Melding

Dwangbehandeling wordt door bijna alle onderzochte instellingen aan de Inspectie gemeld. In de meeste psychiatrische instellingen doet de geneesheer-directeur dit zoals de Wet Bopz dit voorschrijft. In enkele instellingen wordt deze melding gedaan door een behandelaar of de verpleegkundige. Niet duidelijk is of de melding, conform het wettelijk voorschrift, zo spoedig mogelijk na aanvang van de dwangbehandeling plaatsvindt.

Volgens artikel 38 lid 7 Bopz dient de Inspectie na elke dwangbehandeling een onderzoek in te stellen of de beslissing daartoe zorgvuldig is genomen en of de behandeling zorgvuldig is uitgevoerd. De helft van de geïnterviewde geneesheren -directeur zegt dat de Inspectie geen contact met hen heeft opgenomen inzake de toepassing van dwangbehandeling. Eén geneesheer-directeur vond dat vreemd en heeft dit toen aan de Inspectie meegedeeld. *'Een jaar of twee geleden is de Inspectie voor het laatst op bezoek geweest. Dus het ziekenhuis ontvangt geen feedback van de Inspectie'*, aldus de geneesheer-directeur. De contacten die de Inspectie

wel heeft gelegd met de andere helft van de geïnterviewde geneesheren-directeur, verliepen mondeling of schriftelijk. Eén van de geneesheren-directeur heeft jaarlijks een gesprek met de inspecteur. Door de Inspectie werden evenwel aan de geneesheer-directeur nooit naar aanleiding van een melding kritische vragen gesteld over dwangbehandeling.

Bij een andere respondent gingen de schriftelijke contacten over kwaliteits - en procedurele aspecten. *'Dan ontbreken er dingen of zijn er zaken onvoldoende gemotiveerd. Of formulieren/meldingen die te laat zijn binnengekomen. Of er ontbreekt een behandelplan'*. Deze geneesheer-directeur vindt die contacten wel nuttig. *'Het houdt je wel scherp. We hebben een halfjaarlijks overleg van het college van eerste geneeskundigen met de Inspectie. Dan worden aandachtspunten systematisch besproken. De Inspectie komt ook themagericht hier op bezoek. Een jaar geleden hebben we een ronde gehouden over de Bopz. Het leverde wel nuttige aanwijzingen en aanbevelingen op'*.

Volgens de letter van de wet hoeft het eind van een dwangbehandeling niet aan de Inspectie gemeld te worden, maar in de praktijk wordt deze melding door bijna alle instellingen gedaan.

Middelen en maatregelen

Toepassing van middelen en maatregelen wordt in de praktijk door de instellingen aan de Inspectie gemeld. De mate waarin dit gebeurt varieert: van 'zelden' tot 'altijd', terwijl de wet voorschrijft dat dit altijd moet gebeuren. Het is wettelijk de taak van de geneesheer-directeur om ook bij deze vorm van dwangtoepassing de Inspectie in te lichten. Enkele geneesheren - directeur geven aan dat de melding door een verpleegkundige of een behandelaar wordt gedaan. Slechts één van de geneesheren-directeur had de ervaring dat de Inspectie contact opnam inzake de toepassing van middelen en maatregelen. Volgens de respondenten uit alle onderzochte instellingen vindt altijd registratie van middelen en maatregelen in het M&M-register plaats. De registratie wordt doorgaans uitgevoerd door een verpleegkundige of een behandelaar. Eén geneesheer-directeur voert deze zelf uit. Twee van de zes onderzochte instellingen registreren een ingreep alleen als middel en maatregel indien de patiënt zich tegen de toepassing ervan verzet. Dit is in strijd met de wet: middelen en maatregelen ter overbrugging van noodsituaties dienen altijd te worden geregistreerd¹⁵. Verwarring op dit onderdeel is ook bij het eerste evaluatieonderzoek gesignaleerd; kennelijk behoort deze misvatting nog steeds niet tot het verleden. Bij toepassing van middelen en maatregelen wordt de duur daarvan in alle instellingen altijd geregistreerd.

Concluderend kan gezegd worden dat de verschillende meldings - en registratieverplichtingen, net als ten tijde van de eerste evaluatieronde, nog niet altijd en overal correct lijken te worden uitgevoerd. Deze bevindingen bevestigen de conclusies uit het rapport "Dwangbehandeling en dossiervorming" van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Den Haag, juli 2000). In ruim tweederde van de in het kader van het Inspectieonderzoek bestudeerde dossiers was niets terug te vinden van verstrekking van informatie over de dwangbehandeling aan de patiënt en/of diens vertegenwoordiger. De verplichte kennisgeving van de dwangbehandeling aan de wettelijk vertegenwoordiger bleek ten aanzien van zeven van de tien wilsonbekwame patiënten in het dossier niet te achterhalen te zijn. De verplichte melding door de geneesheer-directeur aan de inspecteur, die uiterlijk bij het begin van de dwangbehandeling behoort plaats te vinden, bleek in bijna de helft van de gevallen niet te achterhalen of niet tijdig te zijn geschied. Als er wel gemeld wordt, zo blijkt uit het huidige evaluatieonderzoek, volgt dikwijls geen actie of reactie van de zijde van de Inspectie.

¹⁵ Kennelijk hanteert de instelling een onderscheid tussen m&m waarbij de patiënt zich verzet en m&m zonder verzet. Dit berust niet op de wet. Overigens is dit onderscheid ook aangetroffen bij het onderzoek naar de eisenstellende documenten, zie daarvoor hoofdstuk 2 van dit rapport.

3.5 Vrijheidsbeperkingen

In artikel 40 Bopz worden vier vrijheidsbeperkende maatregelen onderscheiden:

- Controle van poststukken (lid 1);
- Beperkingen in het recht op het ontvangen van bezoek (lid 2);
- Beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid (lid 3);
- Beperkingen in het recht op vrij telefoonverkeer (lid 4).

De vrijheidsbeperkende maatregelen die door de behandelaars in 1999 werden toegepast waren:

- Beperking in het recht op het ontvangen van bezoek
- Beperking in het recht op bewegingsvrijheid
- Beperking in het recht op vrij telefoonverkeer

Beperking in het recht op bewegingsvrijheid wordt door de respondenten als meest voorkomende maatregel genoemd. Controle van poststukken lijkt daarentegen sporadisch voor te komen.

Gronden voor beperkingen ex art. 40 Wet Bopz

Volgens artikel 40 lid 2-4 Bopz mogen vrijheden slechts op basis van individuele beslissingen worden beperkt, als voldaan is aan één van de volgende drie gronden. Deze zijn:

- a) Vrees voor ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt;
- b) Ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis zoals die in de huisregels is beschreven;
- c) Ter voorkoming van strafbare feiten.

Aan de behandelaars en verpleegkundigen is gevraagd om welke redenen zij vrijheidsbeperkende maatregelen zullen nemen. De redenen die de behandelaars genoemd hebben zijn¹⁶:

- Uit vrees voor (ernstige) nadelige gevolgen voor de gezondheid van de patiënt
- Ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis
- Ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie
- Gevaar voor anderen
- (Gedrags)therapeutische redenen
- Ter voorkoming van strafbare feiten
- Omdat de patiënt zich niet aan de afspraken houdt.
- Sanctiemiddel

Met name de grond 'vrees voor ernstige nadelig gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt' wordt bijna door alle behandelaars genoemd. Bij vrijheidsbeperkingen denken desgevraagd sommige verpleegkundigen in eerste instantie aan andere zaken dan die de wet op het oog heeft: men associeert het begrip met de vrijheid van meningsuiting, privacy en zelfs humane begeleiding. Wanneer de onderzoeker de drie gronden opnoemt, zeggen de meeste verpleegkundigen ze wel te herkennen en kunnen zij, weliswaar door middel van voorbeelden, een aantal gronden voor beperking in bezoek - en telefoonverkeer noemen. Uit de voorbeelden die worden genoemd blijkt dat men de gronden voor beperking doorgaans juist hanteert. Bij beperking in het recht op ontvangen van bezoek is bijvoorbeeld genoemd: dronken of agressief bezoek, teveel prikkels die het genezingsproces verstoren en het meebrengen van drugs. Een aantal verpleegkundigen vindt het begrip 'ordeverstoring in het ziekenhuis' nogal rekbaar. Een verpleegkundige: *'Voor de één is hard met de deuren slaan al een verstoring, en bij de ander mag het glas van het halve ziekenhuis kapot zijn en die zal nog niks ondernemen'*.

Beslissingsbevoegdheid en melding

Het besluit tot beperking van vrijheden wordt in sommige instellingen genomen door de behandelaar zelf, in andere instellingen gebeurt dat in overleg met het team. Een aantal verpleegkun-

¹⁶ Dit overzicht is, op basis van aantallen, naar beneden gerangschikt.

digen zegt in eerste instantie de beslissing te nemen als het gaat om beperking van post of bezoek. De arts wordt dan wel ingelicht. De wet geeft niet aan wie bevoegd is tot het nemen van de beslissingen tot beperking van vrijheden. Het ligt echter in de rede dat, evenals bij andere inbreuken op de fundamentele vrijheidsrechten zoals dwangbehandeling en het toepassen van middelen en maatregelen, een arts hiervoor de verantwoordelijkheid dient te nemen. Volgens artikel 40 lid 5 Bopz moet van de oplegging van beperkingen onverwijld mededeling gedaan worden aan de geneesheer-directeur. Bijna alle geneesheren-directeuren zeggen altijd op de hoogte te worden gesteld als er beperkingen in de vrijheden worden opgelegd. De melding wordt hun mondeling of schriftelijk doorgegeven. Het melden van het opleggen van vrijheidsbeperking aan de geneesheer-directeur lijkt nu gebruikelijk te zijn, in tegenstelling tot ten tijde van het eerste evaluatieonderzoek, toen dit nog lang geen regel was.

Beperking in de bewegingsvrijheid

Beperking in de bewegingsvrijheid kan inhouden dat een patiënt beperkt wordt tot verblijf in zijn kamer, op (een deel van) de afdeling, of op (een deel van) het ziekenhuisterrein.

Uit de wet kan worden opgemaakt dat een gedwongen opname niet betekent dat een patiënt geen bewegingsvrijheid heeft in en rond het ziekenhuis. Een beperking in de bewegingsvrijheid kan volgens artikel 40 lid 3 Bopz alleen in individuele gevallen aan een onvrijwillig opgenomen patiënt worden opgelegd als hiervoor de al eerder genoemde gronden aanwezig zijn¹⁷. Aan de beroepsbeoefenaren is gevraagd wat zij ervan vinden dat een IBS-patiënt in het beginsel recht heeft op vrij wandelen op het terrein van het ziekenhuis. Veel geneesheren -directeuren en behandelaars antwoorden dat een IBS en bewegingsvrijheid een onlogische combinatie is. Zij vinden het recht om zich vrij op het ziekenhuisterrein te begeven niet verenigbaar met het gevaar waarvoor iemand is opgenomen. *'Als iemand meteen mag vrij wandelen, dan is een IBS ook niet nodig'*. Sommige respondenten staan wel achter het wettelijk uitgangspunt en zullen dan ook per patiënt bekijken of deze in staat is om, al dan niet onder begeleiding, vrij te wandelen op het ziekenhuisterrein. Praktisch gezien vindt men het echter meestal niet haalbaar, omdat de geestestoestand van de meeste patiënten dit niet toelaat. Vaak zal een IBS-patiënt de eerste 24 uur of de eerste paar dagen na opname binnen moeten blijven. Daarnaast hangt het af van de bouw van het ziekenhuisterrein, of het een open, dan wel een gesloten terrein betreft. Eén van deze behandelaars zegt hierover: *'Dat is kennelijk hun recht. Daar is niks verkeers aan. Dat zou maken dat het ziekenhuis zich verplicht zou moeten voelen om het terrein zodanig te maken dat dat kan. De vraag is of dat recht veiligheidshalve haalbaar is. Ik denk dat het een symbolisch recht is, omdat het in de praktijk niet waargemaakt kan worden'*. Een geneesheer-directeur wiens instelling een open terrein heeft, zegt IBS-patiënten standaard te beperken in hun bewegingsvrijheid. Een behandelaar zegt dat de beperking van de bewegingsvrijheid in de instelling standaard is. De geïnterviewde zegt hierover: *'Als je mensen onvrijwillig opneemt en wilt houden, dan zul je een fysieke begrenzing moeten aanbrengen, een muur, een hek, een deur die niet open kan of een mens die je kan tegenhouden. Zelf denk ik dat je het dan nog het beste in een (afgesloten) gebouw kunt doen, zoals hier, en dat je het gebouw zelf dan zo vriendelijk mogelijk kunt laten zijn'*.

Duidelijk is dat geneesheren-directeuren en behandelaars de bewegingsvrijheid ten aanzien van IBS-patiënten als een knelpunt ervaren, om redenen die boven eerder genoemd zijn. Volgens een behandelaar geldt in het algemeen dat naarmate de instelling over meer financiële middelen beschikt en dus meer personele begeleiding kan bieden, er minder vrijheidsbeperkingen behoeven te worden toegepast. *'Bij het huidige niveau van de financiële middelen ontkom je er niet aan mensen in dit soort voorzieningen op te sluiten'*.

¹⁷ De Vries, Roering en Van de Klippe 1996, p.124.

Beperking telefoonverkeer

De beperking in het telefoonverkeer kan bestaan uit beperking in de duur, in de frequentie en in het contact met bepaalde personen. De behandelaars denken hierbij bijvoorbeeld aan familie die gebeld wordt en daarvan overlast ondervindt.

Telefoonverkeer wordt beperkt als bellen de behandeling van de patiënt schaadt of wanneer een patiënt, zoals een respondent het uitdrukt, 'jan en alleman belt'. Patiënten die in de separeerruimte zitten, kunnen in de verschillende instellingen bellen op de volgende manieren: op gezette tijden bellen vanuit een telefooncel; bellen vanuit de separeerruimte door middel van een vaste telefoon, of er kan gebruik gemaakt worden van een draagbare telefoon. Een geneesheer-directeur vindt dat beperking in het recht op telefoonverkeer een voordeel kan opleveren voor de verpleegkundigen om de patiënt beter te kunnen inschatten. *'Als een patiënt beperkt wordt in zijn vrijheid, dan wordt hij gedwongen contacten te leggen met andere patiënten en daardoor kunnen verpleegkundigen soms beter inschatten wat er in de patiënt speelt, hoe hij zich gedraagt.'* Een behandelaar vindt dat er weinig mogelijkheden zijn om in te grijpen bij mensen die eindeloos bellen. *'Je hebt manische mensen die constant bellen en die miljoenen schade kunnen veroorzaken. Je hebt ook mensen die vanuit hun manie huizen kopen'*. Hij ervaart dit dan ook als een knelpunt. Overigens is het de vraag of in de door deze behandelaar geschetste situatie een beperking in het telefoonverkeer soelaas kan bieden: meer voor de hand ligt het aanvragen van een beschermingsbewind of curatele indien een patiënt (zichzelf) vermogensrechtelijke schade toebrengt.

Beperking van bezoek

Beperkingen in het recht op bezoek van een patiënt kan bestaan uit beperkingen in de duur, in de frequentie en in het ontvangen van bepaalde personen. De behandelaars denken hierbij aan bezoek dat drugs meebrengt, aan bezoek dat dreigend voor de patiënt is of aan bezoek dat de onrust van de patiënt doet toenemen.

Vrijheidsbeperkingen worden door bijna alle behandelaars in het behandelingsplan opgenomen. Ingevolge art. 56 lid 2 sub a Wet Bopz dienen beslissingen op grond van art. 40 altijd te worden aangetekend in het dossier.

Net als in het vorige evaluatieonderzoek komt naar voren dat beperking in de bewegingsvrijheid de meest opgelegde beperking is. In het eerste onderzoek werd deze beperking aan IBS - patiënten doorgaans standaard opgelegd. Hoewel in het huidige onderzoek door sommige respondenten is aangegeven dat beperking van dit recht per individu bekeken wordt, lijkt het erop dat er in het begin van de opname toch standaard vrijheidsbeperkingen worden toegepast. De gronden waarop vrijheidsbeperkingen worden toegepast, lijken in algemene zin nogal eens ruimer te zijn dan art. 40 Wet Bopz toestaat. (Gedrags)therapeutische redenen, het door de patiënt zich niet houden aan de afspraken en het opleggen van een sanctie zijn gronden die vanuit de optiek van art. 40 Wet Bopz uit den boze zijn.

De overige in de praktijk voorkomende beperkingen – in het recht op vrij telefoonverkeer en in het recht op bezoek - worden doorgaans op een Bopz-conforme wijze gehanteerd. Over de controle van poststukken zijn geen gegevens bekend.

3.6 Klachtzaken

Een aantal van de geneesheren-directeur en behandelaars heeft wel eens contact gehad met de klachtencommissie. De contacten gingen over de volgende zaken:

- Vrijheidsbeperking
- Dwangbehandeling
- Middelen en maatregelen ter overbrugging van noodsituaties
- Niet uitvoeren van het overeengekomen behandelingsplan
- Verklaring van wilsonbekwaamheid

Volgens sommige respondenten interpreteert de klachtencommissie van hun ziekenhuis de grond voor dwangbehandeling ruim. Andere respondenten denken dat de klachtencommissie van hun instelling deze grond strikt interpreteert. Een geneesheer-directeur: *'Strikt in de zin dat zij de letter van de wet en de procedurele aspecten eerder volgen dan de inhoudelijke overwegingen, laten we zeggen de bestwiloverweging van de behandelaar. Niet altijd ten onrechte hoor. Er zijn psychiaters geweest die nogal vrij waren met hun interpretatie en dan vind ik het toch goed dat ze op de vingers getikt werden'*.

Verzet vat de klachtencommissie volgens de respondenten op als 'verzet is behalve fysiek verzet ook verbaal verzet'.

De uitspraken van de klachtencommissie worden over het algemeen bij de behandelaars onder de aandacht gebracht. Naar aanleiding van de uitspraken discussiëren zij met hun collega's. Een geneesheer-directeur vertelt dat de behandelaars wel eens bij hem klagen over het feit dat ze zich niet altijd voldoende serieus genomen voelen door de klachtencommissie. Verder vinden de behandelaars dat er sprake is van ongelijkwaardigheid: de patiënt kan wel in beroep gaan, de behandelaar niet. De patiënt heeft per definitie een ondersteuner, de behandelaar niet. Een ander bezwaar dat de behandelaars noemen, is het onherroepelijk karakter van de uitspraak van de klachtencommissie. Dit bezwaar is echter niet juist. In de huidige klachtenregeling is het het bestuur van het ziekenhuis dat uiteindelijk beslist. Een geneesheer-directeur heeft nog niet gemerkt dat de klachtencommissie tot kwaliteitsverbetering leidt. Als de behandelaars en de geneesheer-directeur het niet eens zijn met een uitspraak, dan vindt intern overleg plaats, bijvoorbeeld binnen de medisch sociaal-wetenschappelijke staf, en wordt de zaak eventueel opnieuw aangekaart bij de klachtencommissie. Deze geneesheer-directeur vindt wel dat door de klachtencommissie de belangen van de patiënt beter behartigd worden. Een behandelaar van een opnameafdeling van een APZ zegt dat de directie de uitspraken van de klachtencommissie overneemt. De geïnterviewde zegt daarover: *'De directie¹⁸ maakt niet uit wat ik hier doe, want anders moeten ze maar hier komen zitten'*. Deze behandelaar heeft een aantal keren voor de klachtencommissie moeten verschijnen, maar het is nog niet gebeurd dat hij te horen kreeg dat hij niet onder dwang had mogen behandelen. Wel is hij aangesproken op enkele zorgvuldigheidspuntjes in de procedure.

3.7 Seksespecifieke en etnische aspecten

Op veel afdelingen van de onderzochte psychiatrische instellingen zijn er meer mannelijke dan vrouwelijke Bopz-patiënten. Volgens de geneesheren-directeur en de behandelaars is deze sekseverdeling van Bopz-patiënten niet van invloed op de uitvoering van de Wet Bopz. Veel van deze geïnterviewden hebben allochtone Bopz-patiënten gehad op hun afdeling. De allochtone patiënten waren o.a. afkomstig uit: Suriname, de Nederlandse Antillen, Marokko, Turkije

¹⁸ Met directie bedoelt de behandelaar waarschijnlijk het raad van bestuur van het ziekenhuis.

en Afrika. Onder hen waren er ook die geen Nederlands konden spreken.

Aan de geneesheren-directeur en behandelaars is gevraagd of er seksespecifieke en etnische aspecten zijn die zij van belang achten in het kader van de interne rechtspositie van de patiënt. De meest genoemde etnische aspecten betreffen de taal, de cultuur en de religie. Een behandelaar: 'Taal belemmert de communicatie met allochtonen, op wie een maatregel wordt toegepast. Het moet mogelijk zijn om met een allochtoon die gesepareerd is, te kunnen blijven communiceren via een luidspreker in de separeer'. Een andere respondent zegt o.a. rekening te houden met de religieuze achtergrond van de allochtonen. Zo is er een stiltecentrum in de instelling gecreëerd voor de allochtonen. Een geneesheer-directeur spreekt van transculturele problemen: 'Wij hebben hier nogal een sterke vertegenwoordiging van etnische minderheden: Turken, Marokkanen en anderen. Zij hebben andere normen- en waardenbesef, ander zicht op wetgeving en regelgeving dan wij. Dit zijn bronnen van communicatiestoornissen en misverstanden'.

Bij seksespecifieke aspecten wordt o.a. gedacht aan de situatie op gemengde afdelingen. Een behandelaar: '*Soms is het niet altijd even netjes dat vrouwen met een IBS per definitie op gemengde afdelingen terechtkomen*'. Deze geïnterviewde denkt daarbij aan de heroïnehoeren die hun, ook vaak seksueel ontremde, cliëntèle tegenkomen op de afdeling. Een gemengde afdeling vindt men niet geschikt voor vrouwen die nog erg angstig en onstabiel zijn vanwege seksegerelateerde problematiek. Dan heeft de vrouw recht op bescherming. Een behandelaar vindt dat, wanneer een vrouw of man gesepareerd wordt, er zoveel mogelijk rekening moet worden gehouden met de persoonlijke wensen van de patiënt als het bijvoorbeeld om het wassen gaat. Deze mening wordt door een aantal respondenten gedeeld.

Een aantal respondenten is van mening dat seksespecifieke en etnische problemen niet in een rechtspositieregeling kunnen worden opgelost. Er moet in de praktijk zoveel mogelijk rekening gehouden worden met de persoonlijke wensen en belangen van de patiënt, ongeacht of die door zijn culturele achtergrond worden bepaald. '*De wet praat niet over allochtonen of mannen of vrouwen, maar over patiënten*'.

Mochten er seksespecifieke of etnische aspecten (bijvoorbeeld verkrachting, oorlogstrauma) in de behandeling aan de orde komen, dan vindt een behandelaar, dat er wel een gespecialiseerde organisatie moet zijn die de betrokken patiënten kan opvangen en begeleiden. Een geneesheer-directeur vindt het een manco dat de hulpverlening niet weet hoe psychiatrische stoornissen in andere culturen er uitzien. '*Idealiter zou je een gespecialiseerd centrum moeten hebben waarin de kennis gebundeld is van mensen die verstand hebben van allochtone psychiatrische problematiek. Nu is dat versnipperd*'.

In de helft van de onderzochte instellingen lijkt men niet over anderstalige, schriftelijke informatie voor allochtone patiënten te beschikken. Een geneesheer-directeur zegt dat er wel gewerkt wordt aan vertaling van informatiemateriaal over een aantal psychiatrische stoornissen, zoals bijvoorbeeld bipolaire stoornis en schizofrenie. De vertaling is niet zozeer gericht op de Wet Bopz. Daar waar wel anderstalige informatie is, is deze niet in alle talen beschikbaar, of wordt deze via Stichting PVP verstrekt.

3.8 Samenvatting en conclusies

De Wet Bopz in het algemeen overziend, zijn de meningen van de geneesheren-directeur en de behandelaars verdeeld. De respondenten die positief staan tegenover de wet, vinden o.a. dat zowel de externe als de interne rechtspositie van de patiënt zijn verbeterd. Het hele voortraject tot en met de opname is juridisch goed geregeld en ondersteund. De kwaliteitszorg van de patiënt wordt goed bewaakt. Behandelaars zijn zich daardoor beter bewust van wat ze met de patiënten doen. Gezegd wordt dat de Wet Bopz duidelijker is dan de Krankzinnigenwet. Als positief punt van de Wet Bopz wordt genoemd dat criteria als verloedering, verkommering en maatschappelijke achteruitgang thans ook onder het begrip gevaar vallen. Toen dit nog niet zo was, viel een aantal patiënten dat wel opname behoefde buiten de boot. De respondenten die gemengd staan tegenover de Wet Bopz in het algemeen, leggen vooral de nadruk op de negatieve aspecten. Zo vindt deze groep het gevaarscriterium juist te beperkt en is men van oordeel dat de wet nogal bureaucratisch is opgesteld en te weinig is toegespitst op de persoonlijke omstandigheden.

De meeste geneesheren-directeur en de helft van de behandelaars ondervinden onduidelijkheden bij de interpretatie van de interne rechtspositieregeling. Genoemd zijn: het onderscheid wilsbekwaam-wilsonbekwaam; de interpretatie van 'verzet'; de interpretatie van 'ernstig gevaar'; de interpretatie van tijdelijke noodsituatie; het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen in noodsituaties, en; de grens tussen de WGBO en de Wet Bopz met betrekking tot de somatiek.

Schriftelijke informatieverstrekking aan de patiënt

Evenals bij het eerste evaluatieonderzoek, blijkt het nog niet gebruikelijk te zijn dat aan patiënten schriftelijk informatiemateriaal over hun rechten en de huisregels wordt uitgereikt.

(Dwang)behandeling

Het verplichte overleg over het behandelingsplan met de vorige behandelaar en de huisarts lijkt, in tegenstelling tot ten tijde van het eerste evaluatieonderzoek, meer ingeburgerd te zijn geraakt. Het opstellen van een schriftelijk behandelingsplan, zoals de Wet Bopz voorschrijft, wordt door een aantal respondenten om verschillende redenen niet altijd zinvol geacht. Genoemd is dat het behandelingsplan te vaak moet worden veranderd en dat ten onrechte met het opstellen van een behandelingsplan de suggestie wordt gewekt dat er een goede diagnose is gesteld. Het zo spoedig mogelijk na opname opstellen van een behandelingsplan wordt ook als problematisch ervaren bij patiënten die te verward zijn om overleg te kunnen plegen. Niettemin wordt er in beginsel een schriftelijk behandelingsplan opgesteld; meestal direct na opname. Deze resultaten verschillen met die uit het vorige onderzoek. Daaruit bleek dat de respondenten er nog geen gewoonte van hadden gemaakt om met een behandelingsplan te werken, hoewel zij dat toch wel zinvol achtten. Het opstellen van een behandelingsplan vond toen meestal binnen een week plaats.

Hoewel men positief staat tegenover het principe van informed consent, is het voor sommige behandelaars niet altijd werkbaar, met name voor behandelaars die op de afdeling ouderenspsychiatrie werkzaam zijn. Ook bij crisisopnamen, als de patiënt verward en psychotisch wordt binnengebracht, levert het informed consent wel eens problemen op. De behandelaars in het vorige onderzoek vonden eveneens het opstellen van een behandelingsplan in overleg met de patiënt op basis van informed consent in de praktijk moeilijk realiseerbaar.

Als er sprake is van wilsonbekwaamheid, dan nemen de behandelaars contact op met plaatsvervangende beslissers voor overleg. De (wettelijke) vertegenwoordiger van de patiënt benaderen voor plaatsvervangende toestemming, kwam in het eerste evaluatieonderzoek nauwelijks

voor. Wat dat betreft, is er enig verbetering op te merken in het huidige onderzoek. De behandelaars zijn van mening dat een patiënt met een IBS of een RM-maatregel niet per definitie wilsonbekwaam is. Een patiënt met een dergelijke maatregel kan wel degelijk in staat zijn om goed te kunnen oordelen over de voorgestelde behandeling.

Op het gebied van de behandeling zien geneesheren-directeur en behandelaars voor- en nadelen van de Wet Bopz en komen zij knelpunten tegen. Als voordelen worden o.a. genoemd dat behandelaars duidelijker hun eigen handelen definiëren en dat de onderhandelingsfase met de patiënt aanzienlijk is verbeterd. Als nadelen worden o.a. genoemd: de aandacht is teveel op gevaar gericht; zelfverwaarlozing valt buiten de criteria voor dwangbehandeling; een patiënt mag niet behandeld worden als deze weigert. Het feit dat de Wet Bopz leidt tot gedwongen opname en niet tot gedwongen behandeling, ervaren sommige respondenten als een knelpunt. In tegenstelling tot in het vorige onderzoek, vinden de meeste geneesheren-directeur en behandelaars het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen in noodsituaties zinvol. Dit neemt niet weg dat het onderscheid daartussen niet altijd helder is. Met name blijkt dit uit de wijze waarop beide dwanginterventies (dienen te) worden gemeld en geregistreerd.

De regeling van dwangbehandeling in artikel 38 lid 5 Bopz roept de vraag op wanneer er o.a. gesproken kan worden van verzet van de patiënt tegen uitvoering van het plan. Globaal zijn er onder de geneesheren-directeur en de behandelaars de volgende interpretaties van verzet te onderscheiden: fysiek en verbaal protest is verzet; alleen fysiek protest is verzet; en verbaal protest is afhankelijk van de reden van verzet of van M&M. De meeste ziekenhuismedewerkers vinden dat het gevaarscriterium bij dwangbehandeling te eng geformuleerd is. Een veel gehoorde uitspraak van de ziekenhuismedewerkers is dat er een groep psychiatrische patiënten buiten beeld blijft omdat ze niet voldoen aan het aangescherpte gevaarscriterium. De meesten vinden dan ook dat het bestwilcriterium (soms) wenselijk is in goed omschreven omstandigheden. Het lijkt erop dat men sinds de vorige evaluatie negatiever is gaan denken over de hanterbaarheid van het begrip 'ernstig gevaar'. Er wordt nog steeds teruggeblikt op de tijd vòòr de invoering van de Wet Bopz, toen het bestwilcriterium zou zijn toegestaan.

Middelen en maatregelen

De interpretatie van het begrip acute noodsituatie door de aan het onderzoek meewerkende ziekenhuismedewerkers verschilt niet of nauwelijks van die van de respondenten uit het eerste evaluatieonderzoek. Net als toen, blijkt ook thans separatie het meest te worden toegepast als middel en maatregel, gevolgd door gedwongen medicatie. Separatie en dwangmedicatie worden in beide onderzoeken als de meest voorkomende gecombineerde toepassing van middelen en maatregelen genoemd. De beslissing tot het toepassen van middelen en maatregelen blijkt, in strijd met het wettelijk kader, in eerste instantie nog wel eens door verpleegkundigen te worden genomen. Bij de uitvoering van de middelen en maatregelen ondervinden de verpleegkundigen een aantal problemen. Met betrekking tot separatie, fixatie en afzondering wordt genoemd dat de faciliteiten onvoldoende zijn of ontbreken om de maatregel te kunnen uitvoeren. Daarnaast speelt de personele bezetting een rol bij afzondering. Het lijkt erop dat, vergeleken met de resultaten uit het vorige onderzoek, bij toepassing van middelen en maatregelen er nu meer rekening wordt gehouden met de voorkeur van de patiënt. Wanneer er sprake is van een noodsituatie waarin acuut ingrijpen nodig is, en de voorkeur van de patiënt is niet bekend, moet er evenwel toch meteen gehandeld worden. Wanneer de ziekenhuismedewerkers de Wet Bopz op het gebied van het toepassen van middelen en maatregelen bekijken, dan zijn er voordelen (o.a. het kunnen ingrijpen in acute noodsituaties, verbetering van toetsing van het uitgevoerde beleid), nadelen (Wet Bopz is niet van toepassing op bepaalde patiëntengroepen), en knelpunten (onduidelijkheid met betrekking tot de hiërarchie bij dubbele dwang, de grens tussen de WGBO en de Wet Bopz met betrekking tot de somatiek) aan deze regeling verbonden.

Melding en registratie van dwangtoepassing

Net als in het vorige evaluatieonderzoek, wordt het inlichten van de naaste betrekkingen van de patiënt bij dwangtoepassing doorgaans overgelaten aan de behandelaar en/of de verpleegkundigen. Veelal wordt hier van afgezien indien de patiënt bezwaar heeft tegen het inlichten van de familie. In de meeste psychiatrische instellingen meldt de geneesheer-directeur zelf de toepassing van dwangbehandeling aan de Inspectie. In enkele instellingen wordt deze melding gedaan door een behandelaar of door een verpleegkundige. Niet duidelijk is of de melding zo spoedig mogelijk na aanvang van de dwangbehandeling plaatsvindt. De Inspectie dient na elke dwangbehandeling een onderzoek in te stellen of de beslissing daartoe zorgvuldig is genomen en of de behandeling zorgvuldig is uitgevoerd. De helft van de geïnterviewde geneesheren-directeur zegt evenwel dat de Inspectie geen contact met hen heeft opgenomen inzake de toepassing van dwangbehandeling. Dit contact wordt hier en daar node gemist.

De toepassing van middelen en maatregelen ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie blijkt in wisselende mate door de instellingen aan de Inspectie te worden gemeld. In een aantal instellingen wordt deze taak door een behandelaar of een verpleegkundige uitgevoerd.

Vrijheidsbeperking

Het lijkt erop dat de drie gronden voor vrijheidsbeperkingen nog niet helemaal bekend zijn bij een aantal behandelaars en verpleegkundigen. Net als in het vorige evaluatieonderzoek, is beperking in de bewegingsvrijheid de meest opgelegde beperking. Ten tijde van het eerste onderzoek werd deze beperking doorgaans standaard opgelegd aan IBS-patiënten. Hoewel in het huidige onderzoek door sommige respondenten is aangegeven dat beperking van dit recht per individu bekeken wordt, wordt de indruk gewekt dat deze in het begin van de opname nog steeds standaard wordt opgelegd.

De meeste geïnterviewden vinden het recht op bewegingsvrijheid voor een IBS-patiënt onverenigbaar met het gevaar dat leidde tot de gedwongen opname. In de praktijk ervaart men de wet op dit punt moeilijk uitvoerbaar. Het aan de geneesheer-directeur melden van het opleggen van vrijheidsbeperking lijkt nu gebruikelijk te worden, in tegenstelling tot ten tijde van het eerste onderzoek, toen dit nog lang geen regel was.

Klachtenregeling

De uitspraken van de klachtencommissie worden over het algemeen bij de behandelaars onder de aandacht gebracht. Naar aanleiding van de uitspraken discussiëren zij met hun collega's. Het komt voor dat de behandelaars niet eens zijn met de uitspraken van de klachtencommissie, omdat zij menen dat onvoldoende recht wordt gedaan aan behandelinhoudelijke overwegingen.

Seksespecifieke en etnische aspecten

Seksespecifieke en etnische aspecten worden in de praktijk steeds belangrijker, maar men betwijfelt sterk of deze via de rechtspositieregeling kunnen worden opgelost. Het gaat erom zoveel mogelijk rekening te houden met de persoonlijke wensen en belangen van de patiënt. Voorgesteld is om een organisatie op te richten die opvang en begeleiding biedt aan patiënten op het terrein van sekse en etniciteit. Een ander voorstel is het oprichten van een gespecialiseerd centrum, waar de kennis omtrent allochtone psychiatrische problematieken is gebundeld.

4

Behartigers van belangen van patiënten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen behartigers van patiëntenbelangen aan het woord. Ook hen is gevraagd naar hun ervaringen met en visies op de interne rechtspositieregeling zoals in de Wet Bopz is vastgelegd. Zijn zij van mening dat die regeling thans behoorlijk en voldoende is, waar zijn er verbeteringen mogelijk en nodig?

In de inleiding van dit rapport is erop gewezen dat patiënten zelf niet aan het woord komen. Hun stem wordt in dit hoofdstuk gehoord via de groepen die wel zijn geïnterviewd: plaatsvervangende beslissers, patiëntenvertrouwenspersonen en vertegenwoordigers van cliëntenraden en landelijke patiëntenbelangenorganisaties. De respondenten hebben er bij de interviews geregeld op gewezen dat zij niet altijd op de hoogte zijn van wat patiënten feitelijk zelf ondervinden en dat hun mening deels is gebaseerd op indrukken.

Er zijn vijftien interviews afgenomen en verwerkt.

Geïnterviewd zijn patiëntenvertrouwenspersonen bij evenzoveel instellingen, vertegenwoordigers van cliëntenraden bij evenzoveel instellingen, vier wettelijke vertegenwoordigers en drie vertegenwoordigers van landelijke patiëntenbelangenorganisaties.

In het kort iets over de achtergrond van deze geïnterviewden. De patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) heeft de taak patiënten bij te staan bij het gebruik van hun rechten in het ziekenhuis. Hij geeft hen desgevraagd advies, informatie en ondersteuning bij klachten. Bij elk psychiatrisch ziekenhuis is overeenkomstig art. 59 van de Wet Bopz een pvp tewerkgesteld. De pvp staat onafhankelijk ten opzichte van het ziekenhuis en is in dienst van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon te Utrecht. De cliëntenraden zijn de vertegenwoordigende organen van de patiënten bij de instellingen. Op grond van de Wet Medezeggenschap cliënten Zorginstellingen heeft elke instelling een cliëntenraad welke optreedt als belangenbehartiger van de gezamenlijke patiënten in de instelling. Zij voorzien tevens de patiënten van informatie en advies. Bij individuele klachten verwijzen de raden naar de pvp, bij structurele klachten informeren de pvp en de raad elkaar. Zij werken waar mogelijk samen aan de verbetering van de rechtspositie van de patiënt in het ziekenhuis.

De plaatsvervangende beslissers wordt bedoeld de persoonlijke relaties van de patiënt die in het kader van art. 38 lid 2 en 5 Wet Bopz bij de behandeling betrokken worden. In deze gevallen wordt de patiënt door de behandelaar wilschuldig geacht, dat wil zeggen tijdelijk niet in staat tot een redelijke waardering van de beslissingen die met betrekking tot zijn behandeling genomen zouden moeten worden. De meeste plaatsvervangende beslissers zijn tevens wettelijk vertegenwoordigers, te weten curator of mentor van de patiënt. De landelijke organisaties werken op nationaal niveau aan de verbetering van de rechtspositie van de patiënt. Zij doen dat door publicaties, contacten met de overheid en het geven van informatie en advies aan onder

meer cliënten en cliëntenraden.

Bij de opzet van het hoofdstuk is zoveel mogelijk de volgorde van de wet aangehouden. Enkele elementen zijn er uitgelicht en in aparte paragrafen beschreven, zoals het overleg over het behandelingsplan, wilsonbekwaamheid en seksespecifieke en etnische aspecten. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting. Aan de orde komen achtereenvolgens:

1. Informatievoorziening (art. 37 Bopz)
2. Behandelingsplan (art. 38 Bopz), waarin aandacht wordt gegeven aan het overleg, het begrip 'informed consent' en de inhoud van het behandelingsplan
3. Wilsonbekwaamheid (art. 38.2Bopz)
4. Dwangbehandeling (art. 38.5 Bopz)
5. Middelen en maatregelen (art. 39 Bopz)
6. Overige vrijheidsbeperkingen (art. 40 Bopz)
7. Patiënten afkomstig uit een niet - westerse cultuur in een Bopz - instelling
8. Samenvatting

4.2. Informatieverstrekking

4.2.1 Inleiding

De wet Bopz stelt in artikel 37 bepaalde eisen aan de informatieplicht ten opzichte van de patiënt. Zo moeten aan hem en aan de voor hem belangrijke relaties schriftelijke informatie omtrent de huisregels, klachtmogelijkheden en rechten worden verstrekt. Dit dient te worden gevolgd door de mededeling dat zijn behandelingsgegevens in zijn dossier worden opgenomen en door een mondelinge uitleg van een en ander. Ook de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) gaat uit van uitvoerige informatie aan de patiënt. Het feit dat de patiënt met dwang is opgenomen, stelt deze wet niet terzijde.

Onderzocht is in hoeverre de ziekenhuizen aan genoemde informatieverplichtingen voldoen. Voorts is gevraagd naar de ervaringen met de huisregels in de instellingen.

De wet stelt grenzen aan de huisregels; deze mogen alleen regels bevatten die nodig zijn voor de orde in het ziekenhuis. Huisregels die de vrijheid van de patiënt verdergaand beperken zijn niet toegestaan (art. 3 Besluit rechtspositieregelen Bopz).

4.2.2 Informatie over klachtmogelijkheden en rechten

Een informatiemap krijgen de patiënten doorgaans wel uitgereikt, zo laten de geïnterviewden weten. Het gebeurt nog niet overal en niet altijd zo spoedig mogelijk. De ziekenhuizen lijken inmiddels te beschikken over foldermateriaal, al is dit hier en daar pas van de laatste tijd. Bovendien moest er, vooral door de cliëntenraden, stevig aan getrokken worden voordat het zover was. Over de kwaliteit van het schriftelijke materiaal wordt wisselend geoordeeld. Sommigen vinden het goed, anderen zijn van mening dat de folders voor veel patiënten niet te begrijpen zijn. Het taalgebruik kan eenvoudiger en er zouden meer voorbeelden kunnen worden gebruikt.

Niet altijd bevat het schriftelijk materiaal behoorlijke informatie over de rechten van de patiënt. Voor zover de rechten wel op papier staan blijft het taalgebruik voor deze materie een probleem. Schriftelijke uitleg van de gang van zaken bij klachten in voor patiënten begrijpelijke taal lijkt een even lastige opgave te zijn. ' Vaak weten onvrijwillig opgenomen patiënten te laat dat er een wet bestaat die hun rechtspositie beschermt. Een heleboel mensen weten het niet. Mensen weten eerder dat ze beperkt zijn in hun rechten dan dat hun rechten beschermd worden. Met de rechtenfolder doen ze vaak niets.' Geen van de geïnterviewden meldde echter dat de patiënt schriftelijke informatie over de mogelijkheid van klagen onthouden werd. Over het algemeen lijkt

de schriftelijke informatie niet strijdig te zijn met de wettelijke uitgangspunten en redelijk van kwaliteit. En de klachtencommissie lijkt men wel te kunnen vinden, zij het dat de steun van de patiëntenvertrouwenspersoon of de cliëntenraad daarbij erg belangrijk wordt geacht.

Minder te spreken is men over de inspanningen door de medewerkers van het ziekenhuis bij het geven van informatie. Behandelaars lijken de patiënt weinig op zijn rechten te wijzen: *‘psychiaters zijn vaak te academisch, ze vinden die rechten maar een gedoe, ze vinden de behandeling veel belangrijker’*. In dit verband wijzen bijna alle geïnterviewden op de persoonlijke gesteldheid van de patiënt bij opname. Vaak is de patiënt niet in staat om die noodzakelijke informatie over wat er met hem gaat gebeuren en wat daarin zijn rechten zijn te bevatten. Uitvoerig informeren kan op dat moment wellicht niet op zijn plaats zijn, maar ook in een latere fase waarin de patiënt in een betere conditie is, wordt te weinig gedaan om hem te laten begrijpen wat zijn rechten zijn. *‘Het personeel zou feitelijke informatie veel meer moeten herhalen, zeker als mensen in de war zijn. Met een patiënt in de separeer zou diens situatie elke dag besproken moeten worden.’*

In de praktijk lijkt er geen sprake te zijn van een structureel, herhaald aanbod aan de patiënt om hier eens apart voor te gaan zitten. Persoonlijke uitleg van rechten vindt alleen incidenteel plaats, wanneer de patiënt erom vraagt of wanneer er een andere aanleiding is.

In sommige instellingen zijn verbeteringen geconstateerd, tot stand gekomen mede naar aanleiding van initiatieven van de cliëntenraad. Daar is men zich er meer van bewust dat informatieverstrekking niet een éénmalige zaak is en is of wordt deze structureel in de aandacht van de verpleging voor de patiënt opgenomen.

‘Ideaal is dat iedereen de informatie ontvangt over hetgeen hem te wachten staat, waarbij dit later nog eens wordt doorgenomen, plus aantekening ervan in het dossier, dan is te achterhalen of de informatie is gegeven. Maar zo gaat het niet in de praktijk.’

Het zou wellicht een aanbeveling kunnen zijn in artikel 56 van de Wet Bopz op te nemen dat in het dossier van de patiënt aangetekend wordt dat hem de schriftelijke informatie is uitgereikt.

4.2.3 De huisregels

De wetgever heeft voor de huisregels een kader gesteld: *‘De beperkingen die het gedwongen verblijf in de inrichting voor de patiënt meebrengt zijn in de wet gegeven. Zij mogen niet door de huisregels worden uitgebreid.’*¹⁹ Toch komt het voor dat het ziekenhuis met de huisregels deze grens overschrijdt. Zo wordt er door de geïnterviewden gemeld dat huisregels soms sancties bevatten die de vrijheid van de patiënt verder beperken. Na bemoeienis van de cliëntenraad werden deze huisregels conform de wet aangepast. De huisregels worden meestal wel aan de patiënten uitgereikt.

4.3 Behandelingsplan

4.3.1 Inleiding

Zo spoedig mogelijk na opname behoort een behandelingsplan te worden opgesteld, zo schrijft de Wet Bopz voor in artikel 38.1. Dat dient te geschieden in overleg met de patiënt, of als deze daar niet toe in staat is, met de wettelijk vertegenwoordiger, de door de patiënt schriftelijk gemachtigde of één van zijn naaste familiebetrekkings (de plaatsvervangende beslisser). Het behandelingsplan dient erop gericht te zijn de stoornis die tot de dwangopname leidde te verbeteren, waarbij de verbetering van de stoornis geen doel op zichzelf is. Het gaat om een zodanige verbetering dat het gevaar dat dwangopname noodzakelijk maakte er door verdwijnt²⁰. De ziekte (-verschijnselen), de psychose, de manie e.d. moeten zover zijn afgenomen

¹⁹ Nota van toelichting bij het Besluit rechtspositie regelen Bopz 1993. Zie ook art. 3 van dit Besluit.

²⁰ Art. 2 lid 1 Besluit rechtspositieregelen Bopz

dat de patiënt zonder gevaar voor zichzelf of anderen buiten het ziekenhuis kan verblijven. Hoe staat het nu in de praktijk met het behandelingsplan? Vindt hierover bij opname zo spoedig mogelijk overleg plaats, wordt het altijd opgesteld en zo ja in welke vorm? Gebeurt dit zo spoedig mogelijk na opname en heeft het de gerichtheid die de wet vraagt?

Zowel de Wet Bopz als de WGBO gaat ervan uit dat behandeling plaatsvindt op basis van 'informed consent', met de toestemming van de patiënt die daartoe voldoende is geïnformeerd. Ook hieraan wordt aandacht besteed.

De tendens lijkt te zijn dat er in toenemende mate schriftelijke behandelingsplannen worden opgesteld, alle geïnterviewden hadden daar ervaring mee. Waar er gewerkt wordt met schriftelijke behandelingsplannen krijgen de patiënten wisselend een afschrift van dit plan. Bij de ene instelling ontvangt de patiënt dit standaard, bij de andere op verzoek.

4.3.2 Overleg

Het behandelingsproces lijkt in de wet Bopz aan te vangen met overleg,²¹. In deze paragraaf wordt uitgebreid stilgestaan bij aspecten van dit overleg. Is er inderdaad sprake van overleg en wel zo spoedig mogelijk? In hoeverre zijn patiënt en behandelaar werkelijk overlegpartners, functioneert het informed consent? Kun je spreken van een keuze door de patiënt, worden er alternatieven aangeboden? Weet de patiënt waar hij mee instemt, als hij een behandelplan ondertekent, begrijpt hij dan de consequenties ervan?

Het lijkt erop dat overleg over het behandelingsplan dat met de patiënt of met de plaatsvervangende beslisser (pb) in de praktijk bepaald nog geen vast element is in de gang van zaken bij dwangopname. Hoewel volgens de geïnterviewden het wel steeds vaker in de protocollen van het ziekenhuis opgenomen is, zijn er in de praktijk nog zoveel uitzonderingen dat men niet van gewoonte kan spreken.

De pb's geven aan hun positie te hebben moeten bevechten, voordat ze werkelijk als overlegpartner door het ziekenhuis werden geaccepteerd. Voor hen is er een opvallend verschil in hun relatie met het ziekenhuis voor en na de rechterlijke benoeming tot curator of mentor. *'Daarna kon men niet meer om mij heen'*. Of er na het totstandkomen van een wettelijke vertegenwoordiging van inhoudelijk overleg met de pb wel kan worden gesproken is nog de vraag. Uit de interviews blijkt dat de pb's wel tevreden zijn over het contact, inhoudende dat zij van belangrijke beslissingen en wijzigingen op de hoogte worden gesteld door de behandelaar. Voor de geïnterviewde pb's is dat doorgaans ook voldoende. Het gaat hen niet zozeer om inhoudelijk overleg over behandelvoorstellen en -alternatieven, maar vooral om op de hoogte te worden gehouden van de actualiteit van de patiënt. Bij de toepassing van dwang stelt de pb zich anders op: dan wil men om toestemming worden gevraagd, waarover in de volgende paragrafen meer. Eén van de pb's maakte de opmerking dat familie wel eens bang is om kritiek op de behandeling te uiten. Men vreest dat dit de relatie met het ziekenhuis onder druk zet en dit weer ten nadele werkt voor de patiënt.

De andere geïnterviewden laten weten dat overleg bepaald geen gewoonte is en dat een plan met de gewenste spoed tot stand komt. De pvp-en, cliëntenraden en cliëntenorganisaties hebben de ervaring dat van overleg met de patiënt niet altijd sprake is. Het duurt na opname soms dagen tot weken voordat er een behandelingsplan is.

Men wijst ook in dezen op de toestand waarin de patiënt zich bevindt wanneer hij in crisis opgenomen wordt, hetgeen bij dwangopnamen meestal het geval is. De patiënt is tijdens een crisisopname vaak niet tot enig overleg in staat.

Bovendien is de gang van zaken bij dwangopname volgens de respondenten niet bevorderlijk voor het ontstaan van een behandelrelatie. De ervaringen van de patiënt zijn vaak extra traumatiserend als deze met geweld gepaard gaat (door de politie) en gevolgd wordt door een

²¹ Zie art. 38.1 Bopz: de behandelaar dient zo spoedig mogelijk in overleg met de patiënt een behandelingsplan op te stellen.

separatie onder dwang en met geweld (door de verpleging). Geïnterviewden trekken niet in twijfel dat er redenen kunnen zijn voor een dergelijke aanpak. Dat neemt niet weg dat het voor de patiënt zodanig schokkende ervaringen zijn, waarvoor hij de verpleging en behandelaar verantwoordelijk acht. Het gevolg is dat hij daarna moeilijk nog vertrouwen op kan brengen in deze medewerkers, hetgeen overleg op gelijkwaardig niveau in de weg staat.

Een andere ervaring die bepaalt dat er volgens de geïnterviewden van overleg vaak niet kan worden gesproken is de volgende. Vaak wordt het behandelingsplan in een bijna definitieve versie gepresenteerd en zijn alternatieven niet of nauwelijks bespreekbaar. Als het over alternatieven gaat, dan meestal alleen over andere medicatie. De patiënt heeft dan niet veel te kiezen, hij kan het plan aanvaarden of weigeren. Het vermoeden bestaat daarbij dat veel van deze 'voorstellen' met de nodige drang worden gepresenteerd en dat de patiënt akkoord gaat vanuit het gevoel eieren voor zijn geld te moeten kiezen. De patiënt denkt nog wel eens dat weigering een sanctie oplevert, in de vorm van dwangmedicatie.

Door de bank genomen meent men dat de patiënten weinig invloed hebben op de behandeling. De patiëntenvertrouwenspersoon wordt daarbij overigens als een belangrijke ondersteuning gezien. De plaatsvervangende beslissers moeten vaak veel moeite doen om bij de totstandkoming van de behandeling betrokken te worden.

'Het zou zo moeten zijn als in een gewoon ziekenhuis', zo zeggen ex-patiënten, 'daar krijg je schriftelijk en mondeling informatie over de kwaliteit en wat er aan te doen is, maar zo is het in de psychiatrie nog niet.' Of het 'gewone ziekenhuis' beter met de patiëntenrechten omgaat is nog de vraag, in elk geval pleiten respondenten voor een: *'onderhandelingscultuur'*.

4.3.3 Informed consent

Informed consent houdt in dat de patiënt en de behandelaar tot een overeenkomst over de behandeling komen, waarbij de patiënt volledig op de hoogte is van de inhoud, het doel en de gevolgen van de behandeling en eventuele alternatieven. De patiënt weet waar hij mee instemt. Komt er van informed consent in de praktijk iets terecht? Het bovenstaande heeft deze vraag al grotendeels beantwoord. Uit de ervaringen van de geïnterviewden wordt duidelijk dat vele behandelingen in de ziekenhuizen niet berusten op deze geïnformeerde toestemming. 'Globaal' schijnt de gemiddelde patiënt wel op de hoogte te zijn, maar de behandelaar, zo vermoedt men, staat te weinig stil bij de vraag wat de patiënt ervan begrijpt. Hij zou meer moeten investeren in het inzicht van de patiënt.

Van ondertekening door de patiënten van het behandelingsplan is in veel gevallen wel sprake, maar deze komt ook nog wel eens tot stand door de nodige drang: *'het zou toch beter zijn als u tekent'*.

Wisselend lijken patiënten te weten dat dit niet betekent dat zij voor de rest van hun verblijf 'vastzitten' aan het behandelplan en dat zij later de behandeling of onderdelen daarvan kunnen weigeren. Ervaring met opname en behandeling speelt hier een rol, de 'eerste opname' patiënten zijn van dit recht en de meeste andere rechten vaak niet op de hoogte. Vaak ondertekenen patiënten niet omdat ze denken dat ze er niet op terug kunnen komen.

Anderzijds komt het volgens de geïnterviewden weinig voor dat patiënten na ondertekening behandeling weigeren. Het is overigens een onderwerp waarover door patiënten aan cliëntenraden en pvp-en vaak om informatie en advies wordt gevraagd.

Het bestaan en de kwaliteit van overleg wordt beïnvloed door de relatie behandelaar - patiënt. Over de kwaliteit daarvan oordeelden de geïnterviewden nogal wisselend. Men is echter unaniem van mening dat van gelijkwaardigheid in die relatie nog geen sprake is. Daaraan zijn beide partijen debet, zo vindt men, de behandelaar door zijn manier van optreden en de patiënt door zijn positie zoals hierboven geschetst. De patiënt zou zich daarbij ook niet mondig genoeg opstellen, hij kan meer initiatieven nemen, vragen en klagen. Als niet bevorderlijk voor de verhoudingen wordt tenslotte nog genoemd dat patiënten vaak niet willen of kunnen aanvaarden waarvoor ze zijn opgenomen.

4.3.4 De inhoud van het behandelingsplan

Hoewel er in steeds meer instellingen gewerkt lijkt te worden met een document dat behandelingsplan wordt genoemd is het de vraag of dat document zo beantwoordt aan de bedoelingen van de wetgever dat je van behandelingsplan mag spreken.

Het behandelingsplan is volgens de geïnterviewden vaak onvolledig en onduidelijk. Genoemd wordt bijvoorbeeld dat de diagnose niet zorgvuldig genoeg tot stand zou komen en dat deze op onvolledige of onbegrijpelijke wijze wordt weergegeven. Ook lijken behandelingsplannen vaak meer op structuurprogramma's: als de patiënt zich aan bepaalde afspraken houdt, dan volgt er uitbreiding van vrijheden. *'Het zijn vaak opgelegde afspraken of opgetuigde huisregels'*. Het zal duidelijk zijn dat deze gang van zaken onvoldoende recht doet aan artikel 40 van de Wet Bopz. De vraag of in het plan terug te vinden is dat de behandeling zich richt op het terugdringen van het gevaar dat door de stoornis werd veroorzaakt kon niet worden beantwoord.

4.4 Wilsonbekwaamheid (art. 38.2 Bopz)

De term 'wilsonbekwaamheid' komt in de wet niet voor. De wet regelt dat de behandelaar kan beslissen dat de patiënt niet in staat is *'tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de voorgestelde behandeling'*. Dat wordt met 'wilsonbekwaamheid' bedoeld. Er is geen nadere wettelijke regeling voor deze status. In het kader van de Bopz-evaluatie wordt van belang geacht hierbij stil te staan omdat wilsonbekwaamheid van invloed is op de rechtspositie van de patiënt in het ziekenhuis. Want niet hij, maar zijn wettelijk vertegenwoordiger of gemachtigde is degene met wie dan over de behandeling wordt overlegd en die namens hem daarvoor toestemming geeft. Wilsonbekwaamheid schakelt de patiënt echter maar ten dele uit. De behandelaar moet hier gericht mee omgaan en de wilsonbekwaamheid alleen van toepassing verklaren ten aanzien van die beslissingen, waarover de patiënt niet kan oordelen. Voor de zaken waarover de patiënt wel kan oordelen geldt de plicht tot overleg met de patiënt voor de behandelaar onverkort. En de vertegenwoordiger behoort de patiënt bij de vervulling van zijn taak zoveel mogelijk te betrekken.

De vraag is hoe met de wilsonbekwaamverklaring in de praktijk wordt omgegaan.

De verklaringen van geïnterviewden leveren weinig op. Men laat weten of niet op de hoogte te zijn van de feiten, men weet niet of en zo ja hoe het ziekenhuis van deze mogelijkheid gebruik maakt, of men heeft de indruk dat het zeer weinig voorkomt en vervolgens kan men er weinig van zeggen. Of men schetst een beeld van de wilsonbekwaamheid waaruit blijkt dat men er iets anders onder verstaat. Zo verwacht men wilsonbekwaamheid met handelingsonbekwaamheid, dan wel met de gevolgen van mentorschap of curatele. Ook denkt men wel eens dat wilsonbekwaamheid door de rechter wordt uitgesproken.

Geïnterviewden zijn, nadat hen het begrip is uitgelegd, van mening dat het besluit tot wilsonbekwaamheid de relatie tussen de patiënt en degene die voor hem overlegt en beslist onder zware druk zet. De partner of broer krijgt opeens een bepaalde zeggenschap, niet elke relatie is daartegen bestand. De suggestie wordt gedaan om niet in je eentje als plaatsvervanger op te treden, dan wel om voor zo'n functie personen in aanmerking te laten komen die bij voorkeur niet in een persoonlijke verhouding tot de patiënt staan. Dit is opmerkelijk omdat de wetgever er uitdrukkelijk voor heeft gekozen om naaste familie als vertegenwoordiger op te laten treden. De ervaring dat deze zeggenschap een zware belasting kan zijn voor de relatie met de patiënt hebben ook de geïnterviewde curatoren en mentoren. Alleen de geïnterviewde wettelijk vertegenwoordigers hadden ervaring met daadwerkelijk plaatsvervangend beslissen, de overige respondenten wisten hier nauwelijks iets van. Het lijkt het erop dat de wilsonbekwaamheid in de gevallen die bij de interviews ter sprake kwamen niet op een uitdrukkelijke beslissing berustte. Respondenten hebben vermoedelijk ten onrechte aangenomen hebben dat de wettelijke vertegenwoordiging (zoals het mentorschap) in alle gevallen – dus ongeacht of de patiënt ter

zake van die bepaalde beslissing wilsbekwaam moest worden geacht - mede de bevoegdheid tot plaatsvervangend beslissen inhield. De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat er in de praktijk over de wilsonbekwaamheid bij betrokkenen nogal wat onbekendheid en verwarring bestaat.

4.5 Dwangbehandeling art. 38.5 Bopz

4.5.1 Inleiding

Wanneer de patiënt zich, ook na gegeven toestemming, verzet tegen de uitvoering van het behandelingsplan of wanneer toestemming van de vertegenwoordiger ontbreekt mag dit toch worden toegepast, voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar af te wenden. Het gevaar moet bestaan in het ziekenhuis voor de patiënt zelf of voor anderen en dient veroorzaakt te worden door zijn stoornis.

De vorm waarin dwangbehandeling wordt toegepast lijkt meestal die van dwangmedicatie in depotvorm te zijn. Het middel Cisordinol is, afgaande op de verklaringen van de geïnterviewden, een veel gebruikt middel.

Separatie wordt, behalve als een van de middelen en maatregelen ook als dwangbehandeling toegepast. De omstandigheden waaronder gesepareerd wordt, zoals de bouwkundige situatie, komen aan de orde in de volgende paragraaf, waar de toepassing van middelen en maatregelen wordt besproken. Separatie kan nl. ook als één van de middelen en maatregelen worden toegepast.

Van alle Bopz-beperkingen wordt dwangbehandeling het meest ingrijpend geacht, daar waren de geïnterviewden het (ongevraagd!) over eens. Uit de jurisprudentie komt naar voren dat patiënten liever worden gesepareerd dan dat ze dwangmedicatie toegediend krijgen.

Aan de orde komen drie vragen:

Wordt dwangbehandeling op de juiste gronden toegepast, wordt ze op zorgvuldige wijze uitgevoerd en hoe beleven de patiënten dwangbehandeling?

Uit het onderzoek komt naar voren dat het bij dwangbehandeling bijna uitsluitend gaat over medicamenteuze dwangbehandeling.

4.5.2 Op de juiste gronden?

Dwangbehandeling lijkt niet vaak voor te komen, zeker in verhouding tot andere beperkende maatregelen en het schijnt alleen als uiterst middel te worden gebruikt. Hoewel over dwangbehandeling relatief veel klachten worden ingediend, is het te gemakkelijk om te concluderen dat zij structureel ten onrechte wordt toegepast. Waarschijnlijk wordt er verhoudingsgewijs vaker over geklaagd vanwege het ingrijpende karakter.

Dat neemt niet weg dat volgens de geïnterviewden dwangbehandeling niet altijd op de juiste gronden wordt toegepast. Geïnterviewden maken melding van gegrond verklaarde klachten over dwangbehandeling. Bekend is dat ten onrechte het gevaar buiten het ziekenhuis als criterium wordt gebruikt om dwangbehandeling toe te passen.

De plaatsvervangende beslissers blijken in beginsel vertrouwen te hebben in de overwegingen van de behandelaar om tot dwangbehandeling over te gaan. Ze willen wel daar altijd van op de hoogte worden gesteld, maar daarover hebben ze niet te klagen.

Een curator is van mening dat de onder curatele gestelde patiënt niet zelf moet kunnen klagen over dwangbehandeling.

4.5.3 Zorgvuldigheid

Daarover zijn de geïnterviewden kritischer. Niet altijd beschikt het ziekenhuis over een protocol voor dwangbehandeling, terwijl het gebruik van zo'n protocol de zorgvuldigheid juist kan bevorderen. Ook laat de communicatie met de patiënt in deze situaties te wensen over. Voor,

tijdens en na de dwangbehandeling zou er veel meer met de patiënt gesproken en aan hem uitgelegd moeten worden. Ook is er in de praktijk, zowel bij behandelaren als bij patiënten nog wel eens verwarring over dwangbehandeling enerzijds en dwangmedicatie als noodmaatregel anderzijds en haalt men deze maatregelen door elkaar. Ook in de registratie en melding aan de Inspectie gaat het vaak mis, zo meent men. Dat heeft onder meer tot gevolg dat Inspectie onvoldoende zijn toezichthoudende taak kan uitvoeren. Wie ervoor de beslissing in het ziekenhuis verantwoordelijk is en hoe de melding en registratie van het één en ander worden uitgevoerd is niet altijd transparant.

Ook is men van mening dat er veel meer aan preventie moet worden gedaan, de mate van zorg en individuele aandacht voor de patiënt zou zo verbeterd moeten worden dat dwangbehandeling niet meer nodig is. Want tenslotte grijpt dwangbehandeling sterk in in de persoonlijke levenssfeer en het gevoel van eigenwaarde van de patiënt. In de navolgende paragraaf wordt hier nader op ingegaan.

4.5.4 Beleving

Alle geïnterviewden achten dwangbehandeling de meest ingrijpende beperking die een Bopz - patiënt in het ziekenhuis kan overkomen. *'Het is een extra traumatiserende ervaring'*.

Men heeft dan vooral over de dwangmedicatie en – separatie als vormen van dwangbehandeling op het oog. Bij dwangmedicatie wordt vaak geklaagd over de bijwerkingen. Over andere vormen van dwangbehandeling wordt in de interviews niet gerept. Gemeend wordt dat bij de beleving van de patiënt onvoldoende wordt stilgestaan. Enkele cliëntenraden wijzen dwangbehandeling principieel af, zij gaan ervan uit dat alle behandeling uitsluitend op basis van overeenstemming en een vertrouwensrelatie behoort plaats te vinden. Daarin moet dan meer worden geïnvesteerd, meent men, want dwangmedicatie schaadt de verhouding behandelaar - patiënt en het vertrouwen van de patiënt in de hulpverlening.

4.6 Middelen en maatregelen art. 39 Bopz

4.6.1 Inleiding

Anders dan bij dwangbehandeling mogen middelen en maatregelen (M&M) alleen in acute noodsituaties bij onvrijwillig opgenomen patiënten worden toegepast. Wanneer de toepassing van een M&M langer gaat duren dan 7 dagen dient deze in het behandelingsplan te worden opgenomen, waarbij dan de criteria voor dwangbehandeling onverkort gelden.

Artikel 2 Besluit middelen en maatregelen Bopz geeft een uitputtende opsomming van de toegestane dwangmiddelen: Afzondering, separatie, fixatie, medicatie, toediening van voeding en vocht.

Evenals bij dwangbehandeling zal ingegaan worden op de aspecten van de gegrondheid, de zorgvuldigheid en de beleving van de geïnterviewden. De meest voorkomende vormen van M&M zijn de separatie en dwangmedicatie, over de andere vormen konden de geïnterviewden niets vertellen.

4.6.2 M&M praktijk: gegrond?

Verschillende respondenten zetten vraagtekens bij de gronden waarop gesepareerd wordt, dan wel bij andere toepassingen van middelen en maatregelen in de praktijk. Enkelens zijn van mening dat de instelling er te snel toe overgaat en dat er te weinig inzet is om op andere manieren het acute gevaar te keren. De meeste geïnterviewden hebben echter globaal de indruk dat het in het algemeen wel 'volgens het boekje gaat' en gaan ervan uit dat het niet altijd te voorkomen is. De critici zijn van mening dat bij een betere personele bezetting er minder gesepareerd wordt, hetgeen te denken geeft over de juistheid van de grond waarop dit wordt

toegepast. Het lijkt er dan op dat er wordt gesepareerd als ordemaatregel, om de rust in de afdeling te bewaren. Een ander punt van kritiek is dat op verschillende opnameafdelingen patiënten bij (crisis-)opname direct in de separeer belanden. De indruk bestaat dat in die situaties de beslissing tot separatie niet afzonderlijk genomen wordt en niet is gegrond op acuut gevaar dat de patiënt door zijn geestesstoornis in het ziekenhuis veroorzaakt. In het gevaar dat buiten het ziekenhuis leidde tot de opname ziet de instelling kennelijk dan ook reden voor separatie. Waar dit voorkomt is dit niet overeenkomstig de wet Bopz.

4.6.3 Zorgvuldigheid

Er is nogal kritiek geuit op de omstandigheden waarin de patiënt in de separeer moet verblijven. In de eerste plaats klaagt men over het gebrek aan hygiëne, wanneer de gesepareerde in de separeer gebruik moet maken van een kartonnen po in plaats van het toilet buiten de separeer²².

Geluidsoverlast voor andere patiënten wordt ook genoemd. Er wordt voorts geklaagd over de kwaliteit van het belsysteem of de intercom, waarmee de verpleging moet worden opgeroepen. Een reglement in de separeer is meestal wel aanwezig.

Dan vraagt men zich af of het rechtens houdbaar is dat de beslissing tot separatie en tot het voortzetten ervan niet is voorbehouden aan de behandelend arts. De indruk bestaat dat in de praktijk deze beslissingen vaak door verpleegkundigen worden genomen. Terecht stelt men hierbij vraagtekens, want als dit de praktijk is dan strookt dit niet met de opvattingen van de wetgever. In de Nota van toelichting bij het Besluit middelen en maatregelen Bopz 1993 staat dat uitgangspunt is dat de behandelend arts tot separatie e.d. beslist, bij diens afwezigheid de vervangend arts. Zijn deze niet terstond beschikbaar, dan kan het verpleegkundig afdelingshoofd dan wel zijn vervanger beslissen, waarna zo spoedig mogelijk een arts de verantwoordelijkheid voor de beslissing overneemt.

Voor het overige heeft men de indruk dat de zorgvuldigheidsregels wel worden nageleefd, de verzorging wordt over het algemeen voldoende geacht en de patiënt wordt geregeld door de arts bezocht.

4.6.4 Beleving

Sommige respondenten wijzen dwangseparatie principieel af, net zoals men dwangmedicatie als vorm van dwangbehandeling afwijst. Hetzelfde geldt voor fixatie, maar deze maatregel lijkt nauwelijks te worden toegepast. Men vindt het een dermate ingrijpende en vernederende maatregel dat deze uit het arsenaal van de maatregelen in het ziekenhuis zou moeten worden geschrapt. Ook hier wijst men op het schokkende en traumatische in de beleving van de patiënt. Na een separatie is de patiënt vaak gekrenkt en zijn vertrouwen in de hulpverlening onherstelbaar beschadigd. Wat de pijn enigszins zou verzachten is een grote inspanning door de medewerkers om bij die beleving van de patiënt in gesprekken stil te staan en ruim en bij herhaling de tijd te nemen om hem de redenen van de beslissing uit te leggen. Maar in de praktijk wordt naar de mening van de geïnterviewden hierin veel te weinig geïnvesteerd. In enkele protocollen is een nabespreking opgenomen, maar men twijfelt eraan of deze ook altijd wordt uitgevoerd.

4.7 Vrijheidsbeperkingen ex artikel 40 Wet Bopz

Op grond van de vrees voor ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt, of ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis of ter voorkoming van

²² De Nota van toelichting bij het Besluit middelen en maatregelen Bopz 1993 wijst op de eisen van het College van ziekenhuisvoorzieningen voor separeervertrekken. Het College gaat ervan uit dat de gesepareerde gebruik moet kunnen maken van het sanitair buiten het separeervertrek.

strafbare feiten mogen de vrijheden van de patiënt worden beperkt. De wet noemt in deze de controle op poststukken, de beperking van bezoek, van telefoonverkeer en van bewegingsvrijheid. Van alle in de wet genoemde beperkingen hebben de respondenten alleen ervaring met beperkingen van de bewegingsvrijheid. Deze maatregel houdt bijvoorbeeld in dat het de patiënt niet wordt toegestaan om de afdeling te verlaten en zich op het terrein van het ziekenhuis te begeven.

Het ziekenhuis kan daartoe besluiten indien het gebruik van deze vrijheid kan leiden tot ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt en ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis en van strafbare feiten.

De andere beperkingen die op grond van artikel 40 van de Wet Bopz kunnen worden toegepast ten aanzien van vrij postverkeer, van bezoek en van telefoneren lijken in de praktijk nauwelijks voor te komen. Overigens gaven de geïnterviewden te kennen weinig bekend te zijn met beperkingen ex artikel 40 wet Bopz, deze onttrekken zich aan hun waarneming.

Vanuit de beperkte ervaring wist men wel te vertellen dat in de huisregels en in de uitvoering ervan wel gezondigd wordt tegen de wettelijke uitgangspunten.

Zo komt het geregeld voor dat Bopz – patiënten standaard in een gesloten afdeling worden opgenomen, waarmee hen de vrijheid om zich buiten de afdeling te begeven niet wordt verleend. Er wordt dan geen afzonderlijk besluit genomen over beperking van die vrijheid van de individuele patiënt op de daarvoor geldende gronden. Ook de huisregels voldoen in dit opzicht niet altijd aan de wet en stellen beperkingen aan de bewegingsvrijheid van de patiënten. Dit gebeurt door voor te schrijven dat de patiënten van de gesloten afdeling zich niet zonder toestemming buiten de afdeling mogen begeven. Het komt ook nog wel eens voor dat patiënten dit moeten verdienen. ‘Afhankelijk van hoe het met de patiënt gaat’ (wat dat ook moge betekenen) krijgt de patiënt na verloop van tijd bewegingsvrijheid.

De wet geeft echter aan dat er een bijzondere afweging moet worden gemaakt en een individueel besluit moeten worden genomen om die vrijheid te beperken. Men heeft in beginsel bewegingsvrijheid, die om bij de wet bepaalde redenen kan worden beperkt en niet andersom. Respondenten geven aan dat wanneer erop gewezen wordt dat de huisregels in dezen niet stroken met de wet het ziekenhuis in de meeste gevallen de bereidheid toont om deze aan te passen.

In bepaalde instellingen lijkt er een praktische belemmering te bestaan om aan de wetgeving te voldoen. Het gaat om die vestigingen, meestal in de stad, waarbij er geen aangrenzend terrein van de instelling om het gebouw is. Als gevolg van de toenemende decentralisatie van de psychiatrische ziekenhuizen komen er steeds meer van deze locaties. Een dergelijk pand ligt direct aan de openbare weg, je stapt de voordeur uit en je staat op straat. In zo'n geval betekent bewegingsvrijheid dat de patiënt zich buiten de instelling begeeft en staat deze mogelijkheid feitelijk gelijk met verlof (art. 45 Bopz). Dat heeft de wetgever waarschijnlijk met bewegingsvrijheid niet voor ogen gehad en het maakt de instelling terughoudend in het verstrekken van die mogelijkheid. Bewegingsvrijheid wordt dan aan de patiënt onthouden, omdat de instelling dit als een vorm van verlof beschouwt en daarvoor kent de wet voor de patiënt zwaardere criteria. Verlof is namelijk, anders dan bewegingsvrijheid, geen basisrecht en kan door de geneesheer - directeur worden verleend. Het lijkt erop dat deze situatie niet door de wetgever is voorzien, waar de wet spreekt van ‘*bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis*’.

4.8 Seksespecifieke en etnische aspecten

Gevraagd is naar de praktijk van de opvang en begeleiding van patiënten uit niet-westerse culturen. De geïnterviewden duiden aan dat de instelling aan hen wel bijzondere aandacht besteedt, maar veel te weinig. Wel zijn er meestal folders met informatie over de instelling, de huisregels en de behandeling in verschillende talen aanwezig in de afdelingen. Soms wordt van

tolken gebruik gemaakt, maar altijd incidenteel, tolken zijn nergens in dienst van het ziekenhuis. Respondenten wijzen op de andere beleving van de ziekte bij patiënten uit andere culturen. Schaamte zou daar bijvoorbeeld een belangrijke rol in spelen. Daarnaast staan deze patiënten vaak geheel anders tegenover hun rechten en de mogelijkheid van klagen. Zij zullen daar veel minder gebruik van maken. Is dwang voor de Nederlandse patiënt met een gestoorde waarneming al een lijdensweg, waar onbegrip een grote rol in speelt, voor de patiënt uit een andere cultuur speelt dit in nog sterkere mate. *'Ze snappen al weinig of niets van hun behandeling, laat staan van hun rechten.'*

In het overbruggen van de kloof tussen patiënten vanuit een niet – westerse cultuur en de behandelaar/behandeling zou naar de mening van de geïnterviewden meer geïnvesteerd moeten worden. Te meer omdat huns inziens deze populatie in de GGZ groeiende is.

4.9 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk komt aan de orde wat behartigers van belangen van patiënten vinden van de regeling van de interne rechtspositie van de Wet Bopz -patiënt. Aan het woord komen patiëntenvertrouwenspersonen, cliëntenraden, plaatsvervangende beslissers en landelijke organisaties voor de behartiging van belangen van cliënten in de GGZ. Geïnterviewden vertellen in hoeverre naar hun mening in de praktijk voldaan wordt aan de wettelijke vereisten ten aanzien van de informatievoorziening, het behandelingsplan, wilsonbekwaamheid, dwangbehandeling, middelen en maatregelen en vrijheidsbeperkingen. Tenslotte wordt in het kort de positie van patiënten uit niet-westerse culturen onder de loupe genomen.

Informatievoorziening

De schriftelijke informatievoorziening lijkt grotendeels te voldoen aan de wettelijke eisen. Patiënten ontvangen meestal de vereiste schriftelijke informatie over het ziekenhuis, de klachtenregeling en de huisregels en ze worden geïnformeerd over hun rechten en dossier. De vraag is of zij daarmee voldoende van hun rechtspositie op de hoogte zijn. Wat beter kan is de mondelinge uitleg: te weinig wordt rekening gehouden met de beperkingen van de patiënt om de informatie op te nemen. Ook de duidelijkheid van de schriftelijke informatie laat te wensen over, deels wordt dit veroorzaakt door de ingewikkeldheid van de materie. De huisregels bevatten, in strijd met de wet, soms beperkingen van de bewegingsvrijheid van de patiënten.

Behandelingsplan

Het vereiste overleg, zo spoedig mogelijk te houden, over een op te stellen behandelingsplan komt niet goed uit de verf. Men kan om verschillende redenen niet echt van overleg spreken en ook vindt het overleg vaak pas na enige tijd plaats. Hierin speelt de ongelijkwaardige verhouding tussen patiënt en behandelaar een rol. Patiënten kunnen meestal wel op de hoogte zijn van hun rechten, maar er wordt aan getwijfeld of dit ook werkelijk het geval is. Zij lijken meestal wel te weten dat zij behandeling kunnen weigeren en dat van een instemming door middel van ondertekening teruggekomen kan worden. Het behandelingsplan is qua inhoud en doel niet altijd wat men er op grond van de Bopz van mag verwachten.

Wilsonbekwaamheid

De behandelaar kan uitmaken dat de patiënt voor een bepaalde behandelingsbeslissing niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen. In diens plaats kan de behandelaar dan anderen benaderen om te overleggen en te beslissen. Wilsonbekwaamverklaring lijkt weinig voor te komen, alleen de plaatsvervangende beslissers hadden hier ervaring mee. Er bestaat betrekkelijk veel onduidelijkheid over het begrip.

Dwangbehandeling

Dwangmedicatie en –separatie zijn de meest voorkomende vormen van dwangbehandeling, welke wordt gezien als een van de meest ingrijpende maatregelen voor de patiënt. Over dwangbehandeling wordt relatief veel geklaagd. Men heeft uiteenlopende meningen over de juistheid van de gronden waarop dwangbehandeling in het ziekenhuis wordt toegepast. Het gevaarscriterium lijkt niet altijd volgens de wet te worden gebruikt. Er zou meer aan preventie moeten worden gedaan. De verantwoordelijkheden zijn in de praktijk niet altijd even duidelijk.

Middelen en maatregelen

Van de bij de wet toegestane middelen en maatregelen: separatie, afzondering, fixatie, medicatie en toediening van vocht en voeding komen separatie en dwangmedicatie vaak voor; de overige weinig. Het met dwang ingrijpen met medicatie en separatie wordt, evenals bij dwangbehandeling, door patiënten als traumatisch ervaren. Geïnterviewden menen dat een dergelijk ingrijpen vaak onherstelbare gevolgen heeft voor de relatie patiënt - hulpverlening. Wisselend oordeelt men over de juistheid van de gronden waarop middelen en maatregelen worden toegepast; zo lijkt het niet altijd om acuut gevaar te gaan. De omstandigheden waaronder de gesepareerde in het separeervertrek moet verblijven, zijn eveneens voor verbetering vatbaar. Vraagtekens worden gezet bij de beslissingsbevoegdheid zoals die in de praktijk wordt gehanteerd.

Vrijheidsbeperkingen

Van de bij wet toegestane vrijheidsbeperkingen lijkt alleen beperking van de bewegingsvrijheid geregeld voor te komen. Uitgangspunt is dat de patiënt, ook bij dwangopname, het recht heeft om de afdeling te verlaten en dat dit pas in bepaalde bij de wet geregelde gevallen mag worden beperkt. De instelling ziet het vaak van de andere kant: zonder dat er een afzonderlijke, gemotiveerde beslissing aan te pas kwam wordt de patiënt in een gesloten afdeling opgenomen. De huisregels gaan ook wel uit van deze onjuiste gang van zaken, anderzijds bevatten deze soms vrijheidsbeperkende sancties, hetgeen de Bopz evenmin toestaat.

Patiënten uit niet-westerse culturen in een Bopz - instelling

Voor de patiënt uit een andere cultuur zou naar de mening van respondenten veel meer aandacht moeten zijn. Is het voor de westerse psychiatrische patiënt al moeilijk om stoornis, behandeling en dwang te begrijpen, voor zijn lotgenoot uit een andere cultuur is dit een extra groot probleem. Behalve op het taalprobleem wordt gewezen op de andere wijze waarop deze patiënten ziekte en behandeling beleven en hoe zij tegenover dwang en klachtrecht staan. Schriftelijke informatie in verschillende talen is vaak wel beschikbaar, maar dat is niet meer dan een begin.

Verschillen per groep respondenten

De indrukken van de verschillende respondenten lopen niet sterk uiteen; wel zijn enkele accentverschillen opgevallen. De plaatsvervangende beslissers leggen de nadruk op geregelde informatie aan de familie en andere belangrijke relaties van de patiënt.

De patiëntenvertrouwenspersonen wijzen onder meer op het gebrek aan helderheid in de besluitvorming en bevoegdheden bij dwangmaatregelen. Ook is door deze groep met name de aandacht gevestigd op de wettelijke vereisten omtrent het behandelingsplan en de beperking van vrijheden.

Het aspect van de beleving door patiënten van dwangmaatregelen is vooral door de cliëntenraden en landelijke organisaties voor patiëntenbelangen benadrukt. Deze groepen hechten ook veel waarde aan betere uitleg en zorgvuldigheid bij opname en bij dwangmaatregelen.

5

Aanbevelingen

Op grond van de bevindingen uit de voorgaande hoofdstukken formuleren wij de volgende aanbevelingen.

Huisregels, brochures over patiëntenrechten en eisenstellende documenten

In de wet ontbreken voorschriften waaraan de huisregels moeten voldoen; art. 3 Besluit rechtspositieregelen Bopz bevat slechts globale en summiere voorschriften. In de Nota van Toelichting bij het Besluit en in het Model huisreglement van GGZ Nederland worden daarentegen vrij uitvoerig aanwijzingen gegeven, waarmee bij het opstellen van huisregels rekening gehouden kan worden. Gelet op de in de praktijk veel voorkomende afwijkingen van deze normering, met name met betrekking tot de beperking van bewegingsvrijheid, is er aanleiding om te vermoeden dat deze in de praktijk een rol van ondergeschikte betekenis speelt. Aanbevolen wordt om in overweging te nemen een model huisreglement op te nemen in het Besluit rechtspositieregelen Bopz dan wel, naar analogie van de Regeling inrichting register middelen en maatregelen Bopz, een afzonderlijke Amvb hieraan te wijden. Het Model huisreglement van GGZ Nederland kan daarbij als uitgangspunt dienen.

Ten aanzien van brochures over patiëntenrechten en eisenstellende documenten wordt de aanbeveling uit het eerste evaluatieonderzoek herhaald om van overheidswege actief te bevorderen dat deze aan de wettelijke voorschriften worden aangepast. Hoewel GGZ Nederland model reglementen en voorbeeld brochures over patiëntenrechten uitgeeft, komen nog steeds te veel afwijkingen ten opzichte van het wettelijk kader in de documenten van de onderzochte instellingen voor. Deze modellen en voorbeelden hebben kennelijk onvoldoende impact om een structurele verbetering van de kwaliteit van het schriftelijk materiaal van de instellingen te bewerkstelligen. Het is wenselijk dat de Inspectie op actievare wijze vorm geeft aan haar toezichthoudende taak in dezen.

Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordigersregeling

Over het begrip 'wilsonbekwaamheid' en de vertegenwoordigersregeling die bij wilsonbekwaamheid in werking treedt, leven veel onduidelijkheden. De praktijk heeft behoefte aan handvatten hoe de wils(on)bekwaamheid te beoordelen. Hoewel de vertegenwoordigersregeling in de wet helder is omschreven, blijkt de praktijk deze ingewikkeld te vinden. Aanbevolen wordt om van overheidswege te bevorderen dat criteria voor de beoordeling van wils(on)bekwaamheid worden geformuleerd en dat helder voorlichtingsmateriaal beschikbaar wordt gesteld over de uitvoering van de vertegenwoordigersregeling in de praktijk.

Het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen

- 1 De wet onderscheidt dwangbehandeling en middelen en maatregelen; voor beide dwanginterventies gelden verschillende criteria. In de praktijk bestaat er bij beroepsbeoefenaren nog onduidelijkheid over de verschillen tussen de gronden voor de onderscheiden beslissingen.

Het gevaarscriterium dat bij dwangbehandeling in acht moet worden genomen wordt gehanteerd bij middelen en maatregelen en vice versa. Aanbevolen wordt om de criteria voor beide dwanginterventies nader uit te werken, analoog aan de uitwerking van het gevaarscriterium bij dwangopneming, waarmee onlangs de Wet Bopz is aangevuld (Wet van 22 juni 2000, Stb. 2000, 292), dan wel op andere wijze te bevorderen dat genoemde criteria bij de beroepsbeoefenaren aan duidelijkheid winnen. Hierin zou tevens moeten worden meegenomen dat 'verzet van de patiënt' geen deel uitmaakt van de definitie van middelen en maatregelen, hetgeen ook in de aanbevelingen van de eerste evaluatie reeds is opgemerkt²³.

- 2 Het Model Register ex artikel 57 Wet Bopz behorend bij de Regeling inrichting register middelen en maatregelen Bopz, kent vier rubrieken waarmee aangegeven kan worden om welke reden de beslissing is genomen. Twee daarvan ('gevaar voor materiële zaken' en 'andere redenen') wijken in verruimende zin af van wat hierover in de Nota van Toelichting bij het Besluit middelen en maatregelen Bopz is weergegeven. Evenals bij de wettelijke criteria voor dwangbehandeling, beperken in het Besluit de gronden voor het toepassen van middelen en maatregelen zich tot gevaar voor de patiënt of voor anderen. Dit probleem werd ook in de aanbevelingen van de eerste evaluatie gesignaleerd. Niet valt in te zien dat art. 39 een ruimere legitimatiegrond voor dwangtoepassing zou bieden in gelijksoortige omstandigheden. Naar hun aard onderscheiden middelen en maatregelen zich immers slechts van dwangbehandeling in die zin, dat zij bedoeld zijn om kortdurend te kunnen ingrijpen in acute noodsituaties. In dit verband kan verwezen worden naar aantekening 4.2.1 van Widdershoven bij art. 39 in het Handboek Opneming en Verblijf. Aanbevolen wordt om het Model Register met deze uitgangspunten in overeenstemming te brengen.
- 3 Door de beroepsbeoefenaren is veelvuldig geklaagd over het naar hun mening te enge gevaarscriterium voor dwangbehandeling. Het had daarom in de rede gelegen om hieraan een afzonderlijke aanbeveling te wijden, doch deze zou wellicht worden achterhaald door het tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging ingediende amendement tot het schrappen van het woord 'ernstig' uit art. 38 lid 5 Wet Bopz. Volstaan wordt daarom met de constatering dat dit knelpunt is gesignaleerd.

Afgrenzing tussen Wet Bopz en WGBO bij somatische dwanginterventies

De regeling van dwangbehandeling in de Wet Bopz ziet niet op somatische behandeling. Deze zou indien nodig onder het regime van de WGBO moeten worden toegepast. Geconstateerd is dat de WGBO onvoldoende rechtswaarborgen biedt om ingrijpende inbreuken op de lichamelijke integriteit te kunnen rechtvaardigen. Bovendien ziet de regeling in de WGBO uitsluitend op wilsonbekwame patiënten en biedt deze alleen bij gevaar voor de patiënt zelf een grond voor dwangbehandeling. Vanuit het oogpunt van rechtsbescherming van de patiënt wordt in voorkomende gevallen de voorkeur gegeven aan het Bopz-regime in deze gevallen en heeft zich als gevolg van onvoldoende afstemming tussen beide wettelijke regelingen de dubbele toetsing ontwikkeld. Deze ontwikkeling moet als onwenselijk worden gezien, nu het blijkens de wetsgeschiedenis nooit de bedoeling is geweest om somatische ingrepen onder het bereik van art. 38 lid 5 Bopz te brengen.

Hoewel dit evaluatieonderzoek zich beperkt tot de Wet Bopz wordt dit knelpunt als dermate nijpend ervaren, dat op deze plaats toch wordt aanbevolen dat afstemming tussen beide wettelijke regelingen wordt bevorderd, in die zin voege dat de WGBO met meer rechtswaarborgen wordt omkleed om somatische dwangbehandeling op verantwoorde wijze te kunnen toepassen.

²³ Over de vraag of 'verzet van de patiënt' deel uitmaakt van de definitie van middelen en maatregelen, kan ook anders geoordeeld worden. Verdedigbaar is dat, indien verzet van de patiënt ontbreekt, er sprake is van een overeengekomen behandeling die buiten de toepassings sfeer van art. 39 Bopz valt. In het belang van de eenvormigheid is er echter voor gekozen om aansluiting te zoeken bij het in dezen ingenomen standpunt in de eerste evaluatie.

Vrijheidsbeperkingen ex art. 40 Wet Bopz

Beperkingen ex art. 40 van de wet zijn zwaar onderbelicht in de eisenstellende documenten van de onderzochte instellingen. Aanbevolen wordt om van overheidswege actief te bevorderen dat de instellingen specifiek aan dit onderwerp de benodigde aandacht besteden.

Beroepsbeoefenaren hebben massaal aangegeven dat zij het uitgangspunt dat de patiënt in beginsel recht op bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis geniet met name bij IBS-patiënten onuitvoerbaar achten. De bouwkundige situatie (er is geen ziekenhuisterrein of binnentuin aanwezig) is hier nogal eens debet aan. Gebleken is dan ook, dat IBS-patiënten in strijd met de wettelijke regeling veelal standaard tot de afdeling in hun bewegingsvrijheid worden beperkt. Aanbevolen wordt om nader onderzoek te doen naar de uitvoerbaarheid van het in beginsel verlenen van bewegingsvrijheid aan alle gedwongen opgenomen patiënten en, mocht de uitkomst hiervan daar aanleiding toe geven, de wet dienovereenkomstig aan te passen.

Toezicht Inspectie

Gebleken is dat de Inspectie weinig vragen stelt en zelden actie onderneemt naar aanleiding van de meldingen van dwangbehandeling en middelen en maatregelen. Dit wordt in de praktijk gemist. Aanbevolen wordt dat de Inspectie in dezen een actievere rol op zich neemt en meer inhoud geeft aan haar toezichthoudende taak. Een verscherpt en met name bij dwangbehandeling tussentijds toezicht zou wellicht ook kunnen leiden tot een betere naleving van de meldings- en registratieverplichtingen bij de toepassing van dwangbehandeling en middelen en maatregelen, waarvan gebleken is dat deze in de praktijk gebrekkig is.

Seksespecifieke en etnische aspecten

Deze aspecten krijgen naar de mening van de beroepsbeoefenaren in de praktijk van de behandeling onvoldoende aandacht. Zij zijn van mening dat de behandeling op dit punt verbeterd kan worden en bevelen aan hier nader onderzoek naar te doen, dan wel een specialistisch centrum hiervoor in te richten.

Ter relativering zij hieraan toegevoegd dat de respons op de op deze aspecten gerichte vragen relatief gering was, zodat niet van een representatief beeld kan worden gesproken. Nader en specifiek onderzoek naar deze problematiek is dan ook aan te bevelen.

Literatuur

Bopz Jurisprudentie

Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak
's Gravenhage, 1997

Kwartaalblad Bopz Jurisprudentie

Deventer, Kluwer, 1998-2000

Bopz Jurisprudentie

Lelystad, Koninklijke Vermande, 2001 (afleveringen 1 en 2)

Dijkers, W.J.A.M.

Aantekeningen bij externe rechtspositie (art. 20).
In: *Handboek Opnemings en Verblijfs*. Onder hoofdred. van P.J.H. Laurs.
Arnhem, Gouda Quint, 1996. (Supplement 9)

GGZ Nederland

Vademecum wetgeving ggz, Utrecht, juni 2000, Model-huisreglement.

GIGV

Referentiekader nr. 3, Noodtoestanden bij patiënten in psychiatrische ziekenhuizen,
Rijswijk, juli 1990.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Dwangbehandeling en Dossiervorming, Rijswijk, juli 2000.

Klippe, H. van de, Roering, S., de Vries, W.

Wet Bopz Interne rechtspositie psychiatrie, Rijswijk, november 1996.

Legemaate, J.

Dwangbehandeling en noodsituaties. Een analyse van de artikelen 38 en 39 Bopz.
In: *Overheid en patiënt. Ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*. Liber Amoricum
prof. dr. N.W. de Smit.
Arnhem, Goude Quint, 1993.

Werkgroep Rechtspositie patiënten in psychiatrische ziekenhuizen

(Commissie Van Dijk)
Eindrapport 's-Gravenhage, 1980

Widdershoven, T.P.J.C.

Aantekeningen bij de interne rechtspositie (art. 38 en 39 Bopz).
In: *Handboek Opnemings en Verblijfs*. Onder hoofdred. van P.J.H. Laurs.
Arnhem, Gouda Quint, 1996. (Supplement 5)

afkortingen

APZ	: Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
BJ	: Bopz Jurisprudentie
GIGV	: Geneeskundige Inspectie Geestelijke Volksgezondheid
HR	: Hoge Raad
IBMG	: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (Erasmus Universiteit Rotterdam)
KBJ	: <i>Kwartaalblad Bopz Jurisprudentie</i>
M&M	: Middelen en Maatregelen
METC	: Medisch Ethische Toetsingscommissie
PAAZ	: Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PUK	: Psychiatrische Universiteitskliniek
Rb	: Rechtbank
Wet Bopz	: Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen
WGBO	: Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst

Bijlage 1

Overzicht materiaal bij paragraaf 2.4 'Eisenstellende documenten'

A. Instellingen (10):

- 2 Psychiatrische Universiteits Klinieken (PUK-en)
- 3 Psychiatrische Afdelingen bij Algemeen Ziekenhuis (PAAZ-en)
- 5 Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ-en)

B. Onderzochte documenten (89)

1. Regelingen (54):

Huis- en Afdelingsregels: 24

Separeerinformatie voor patiënten: 2

Nota's, werkinstructies en protocollen Behandelingsplan: 5

Nota's, werkinstructies en protocollen Middelen en Maatregelen: 8

Nota's, werkinstructies en protocollen Dwangbehandeling: 9

Nota Interne rechtspositie: 1

Toelichting/Instructies bij registratie/melding M&M en Dwangbehandeling: 3

Regeling beperkingen art. 40: 1

„ wilsonbekwaamheid: 1

Overige regelingen: Separatie: 2

In bewaringnemen contrabande

Opname gesloten afdeling

Onrustband (fixatie)

Suïcidaliteit

Uitvoering IBS

2. Formulieren (19) :

M&M registratie/melding: 9

Dwangbehandeling registratie/melding: 8

Gecombineerde formulieren: 2

3. Informatiebrochures (16) :

M&M: 3

Dwangbehandeling: 1

Patiëntenrechten: 4

Algemeen: 1

Klachten: 2

IBS: 2

RM: 2

Dossier 1

Bijlage 2

Begripsomschrijvingen

In dit rapport worden de volgende begrippen als volgt gedefinieerd:

- Behandeling: handelingen op het gebied van de geneeskunst in de zin van artikel 7:446 BW en art. 38 Wet Bopz. 'Behandeling' heeft in de Wet Bopz een engere betekenis dan in de WGBO: doel is het opheffen van gevaar, terwijl in de WGBO het doel van de behandeling is 'van ziekte te genezen, voor het ontstaan van een ziekte te behoeden, of de gezondheids-toestand te beoordelen'.
- Behandelaar: arts(-assistent), doorgaans psychiater
- Bopz-titel: een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling.
- Bopz-behandelingsplan: een behandelingsplan dat erop gericht is de stoornis zo te verbeteren dat het gevaar op grond waarvan de patiënt, zonder van de bereidheid daartoe te hebben blijk gegeven, in het ziekenhuis moet verblijven, wordt weggenomen.
- Geestesstoornis: een stoornis of gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens.
- Informed consent: op afdoende informatie gebaseerde toestemming voor een behandeling
- Dwang: machtsuitoefening in een situatie waarin een patiënt iets van de hulpverlener moet; de patiënt dit niet wil of zich hiertegen verzet; de patiënt geen reële alternatieve keuzemogelijkheden heeft en de macht van de hulpverleners metterdaad gebruikt wordt.
- Dwangbehandeling: het uitvoeren van een behandelingsplan zonder toestemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger of bij verzet van de cliënt.
- Middelen en maatregelen: middelen en maatregelen ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie welke door de patiënt in het ziekenhuis als gevolg van zijn geestesstoornis wordt veroorzaakt.
- Tijdelijke noodsituatie: indien de patiënt onverwacht zodanig psychotisch functioneert dat dit leidt tot gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen of als de meer dan normale kans bestaat dat een dergelijke situatie zich zal gaan voordoen.
- Ernstig gevaar: ernstig gevaar voor de patiënt zelf of anderen dat binnen het ziekenhuis voortduurt, en op basis waarvan – mits ook aan de andere voorwaarden van art. 38 lid 5, derde volzin, Wet Bopz is voldaan – dwangbehandeling mag worden toegepast.
- Hoofdinspecteur: de bevoegde hoofdinspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.
- Huisregels: regels die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in het psychiatrisch ziekenhuis.
- Patiëntenvertrouwenspersoon: persoon die in een psychiatrisch ziekenhuis werkzaam is om, onafhankelijk van het bestuur en personen in dienst van het ziekenhuis, aan patiënten in het ziekenhuis op hun verzoek advies en bijstand te verlenen.
- Psychiatrisch ziekenhuis: zorginstelling ex artikel 1 lid 1 sub h Wet Bopz.
- Verzet: elke uiting van bezwaar, verbaal of non-verbaal.
- Vrijheidsbeperking: beperking in het recht op bewegingsvrijheid, het recht om te telefoneren en het recht om bezoek te ontvangen.
- Wilsonbekwaamheid: het niet in staat zijn tot het waarderen van iemands belangen ter zake.

Evaluatie

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Deelonderzoek 5: Het klachtrecht en het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg

*Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam*

Prof. mr. J. Legemaate
Mr. L.A.P. Arends
Drs. A. van 't Riet

Inhoud

Samenvatting	7
1 Opzet van het onderzoek	13
1.1 Inleiding	13
1.2 Het onderwerp van het onderzoek	13
1.3 De vraagstelling van het onderzoek	14
1.4 De opzet van deze rapportage	15
1.5 Methodologie	15
1.6 Beperkingen	17
1.7 Begripsomschrijvingen	17
2 Wetgeving, rechtspraak en uitkomsten van eerdere evaluaties	19
2.1 Inleiding	19
2.2 De Wet Bopz anno 2001: het klachtrecht	19
2.2.1 De patiëntenvertrouwenspersoon	19
2.2.2 De klachtenprocedure van art. 41 Bopz	20
2.2.3 De uitkomsten van de eerste evaluatie en de naar aanleiding daarvan genomen maatregelen	21
2.2.4 De relatie tussen de Wet Bopz en de Wet klachtrecht: samenloop	22
2.3 De Wet Bopz anno 2001: het toezicht door de Inspectie	24
2.3.1 Het Inspectietoezicht en de Bopz: algemeen	24
2.3.2 Het Inspectietoezicht en de Bopz: specifiek	25
2.3.3 Uitkomsten van de eerste evaluatie en de naar aanleiding daarvan genomen maatregelen	26
2.3.4 De huidige organisatie van de Inspectie	27
2.3.5 Huidige beleid van de Inspectie	28
2.4 Ontwikkelingen in de jurisprudentie	29
3 Feitelijke gegevens over klachten en meldingen	31
3.1 Inleiding	31
3.2 Klachten	31
3.2.1 De patiëntenvertrouwenspersoon	31
3.2.2 De procedure van art. 41 Bopz	33
3.2.3 De procedure van art. 42 Bopz	35
3.3 Meldingen aan de Inspectie	35
3.3.1 Dwangbehandelingen (art. 38 Bopz)	35
3.3.2 Middelen en maatregelen (art. 39 Bopz)	36
3.4 Conclusies	37
3.4.1 Klachten	37
3.4.2 Meldingen	37

4	Het Bopz-klachtrecht in de psychiatrie	39
4.1	Inleiding	39
4.1.1	Het begrip 'versterking van de rechtspositie'	39
4.2	Onderzoeksmethode	39
4.2.1	Respons op de vragenlijsten	40
4.3	Beperkingen van het onderzoek	41
4.4	Analyse van de klachtenreglementen	42
4.5.	Resultaten van het vragenlijst-onderzoek	44
4.5.1	Inleiding	44
4.5.2	Voorlichting over het Bopz-klachtrecht	45
4.5.3	Vormgeving Bopz-klachtencommissie	49
4.5.4	Patiëntenvertrouwenspersoon	49
4.5.5	Bopz-klachtenprocedure	51
4.5.6	De mening van de respondenten over Bopz-klachtrecht	56
4.5.7	Opmerkingen en suggesties	59
4.6	De ervaringen van de Stichting PVP	60
4.7	Conclusies	61
5	De wijziging van het Bopz-klachtrecht	65
5.1	Inleiding	65
5.2	De uitkomsten van het vragenlijst-onderzoek	66
5.2.1	Wetswijziging 1: beslistermijn commissie	66
5.2.2	Wetswijziging 2: de zelfstandige klachtencommissie	66
5.2.3	Wetswijziging 3: cassatieberoep	68
5.3	De bijeenkomst van klachtencommissies in november 2000	69
5.4	Conclusies	70
6	Het Bopz-klachtrecht in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg	71
6.1	Inleiding	71
6.2	Onderzoeksopzet	72
6.2.1	Kwantitatief onderzoeksdeel	72
6.2.2	Kwalitatief onderzoeksdeel	73
6.2.3	Betrouwbaarheid van het onderzoek	75
6.3	Bopz-klachtrecht in andere rapporten	75
6.3.1	Evaluaties Bopz-klachtrecht 1996 en WKCZ 1999	75
6.3.2	Het NIVEL-onderzoek	76
6.3.3	Het Zuid-Hollandse Project 'vertrouwenspersoon'	77
6.3.4	Conclusies	77
6.4	Bopz-klachtrecht: het praktijkonderzoek	78
6.4.1	De regeling van het Bopz-klachtrecht in de instellingen	78
6.4.2	Het voorkomen van klachtwaardige situaties	79
6.4.3	Waarom wordt er niet geklaagd?	79
6.4.4	Wat te doen?	81
6.4.5	Verbeteringen klachtenprocedure	82
6.4.6	Introductie patiëntenvertrouwenspersoon	83
6.5	Conclusies	91

7	Het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg	93
7.1	Inleiding	93
7.2	De ervaringen van de psychiatrische ziekenhuizen en de Stichting PVP	93
7.2.1	De psychiatrische ziekenhuizen	93
7.2.2	De Stichting PVP	95
7.3	De ervaringen van instellingen in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg	96
7.4	De interviews met Inspectie-medewerkers	98
7.5	Conclusies	104
8	Conclusies en aanbevelingen	105
8.1	Inleiding	105
8.2	Het Bopz-klachtrecht in de psychiatrie	106
8.3	Het klachtrecht in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg	110
8.4	Het toezicht door de Inspectie	111
8.5	Algemene slotbeschouwing	114
8.5.1	De algemene vragen uit de ZON –programmatischek	114
8.5.2	Bereikt de regeling haar doel en is zij effectief?	115
8.5.3	Wetsevaluatie en wetwijzigingen	115
9	Epiloog: het concept-wetsvoorstel uit september 2001	117
9.1	Inleiding	117
9.2	Achtergrond en inhoud van het concept-wetsvoorstel	117
9.3	Implicaties voor de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek	118
	Geraadpleegde literatuur	119
	Afkortingen	121
	Bijlagen	
1	Deelnemers expert-meeting	123
2	Overzicht van rechterlijke uitspraken	125

Samenvatting

De centrale vraagstelling van het onderzoek luidde: "Draagt de toepassing van de Bopz-regelingen die zijn gericht op de naleving van de wet (klachtrecht patiënt en toezicht Inspectie) bij aan de versterking van de rechtspositie van de patiënt en zijn er aanknopingspunten voor verbetering waar dat (nog) niet het geval is?". Ter operationalisering van deze centrale vraagstelling werden de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. In welke mate wordt gebruik gemaakt van het klachtrecht van de Wet Bopz en van de bepalingen inzake melding aan en toezicht door de Inspectie?
2. Hoe worden de klachtrecht-bepalingen uit de Wet Bopz toegepast, en welke (structurele) knelpunten en problemen doen zich daarbij voor?
3. Hoe geeft de Inspectie invulling aan haar toezichthoudende taken krachtens de Wet Bopz en welke (structurele) knelpunten en problemen doen zich daarbij voor?
4. Bereikt de regeling haar doel en is zij effectief?

Deze onderzoeksvragen moeten worden gezien tegen de achtergrond van de algemene vragen uit de ZON-programmatekst. Daarbij gaat het, voor zover in dit kader relevant, om de volgende vragen (ZON, 2000, p. 5)

- a. Is de wet voldoende bekend?
- b. Is de uitvoeringspraktijk conform de wet?
- c. Doen zich in de uitvoeringspraktijk (structurele) knelpunten of problemen voor?
- d. Hebben de maatregelen n.a.v. de eerste evaluatie effect gesorteerd?
- e. Is de wet adequaat voor de sectoren die zij bestrijkt en biedt zij in deze sectoren de beoogde rechtsbescherming?

Hieronder wordt eerst een samenvatting gegeven van de belangrijkste bevindingen en conclusies betreffende de drie inhoudelijke thema's van deze evaluatie: het klachtrecht in de psychiatrie, het klachtrecht in de psychogeriatrie en de verstandelijk gehandicaptenzorg en het toezicht door de Inspectie.

Thema 1: Het klachtrecht in de psychiatrie

Waar het gaat om de mate waarin van het klachtrecht gebruik wordt gemaakt, moet een onderscheid worden aangebracht tussen de patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) en de art. 41-commissie.

De pvp-en, die werkzaam zijn in de algemene en categoriale en psychiatrische ziekenhuizen en in de paaz-en en puk-en, krijgen jaarlijks een groot aantal klachten en vragen om informatie voorgelegd. De pvp is laagdrempelig en, zo blijkt, makkelijk toegankelijk. De activiteiten van de pvp worden door alle betrokkenen zeer gewaardeerd.

Het aantal klachten dat jaarlijks binnen de psychiatrie aan de art. 41-commissie wordt voorgelegd, schommelt zo rond de 100. Dit relatief geringe aantal procedures roept de vraag op of de art. 41-procedure in de huidige praktijk wel voldoende 'bereik' en (derhalve) effect heeft. De doelgroep van de art. 41-procedure bestaat hoofdzakelijk uit onvrijwillig opgenomen patiënten die in de instelling aan dwang worden onderworpen. Vergelijken we het aantal art. 41-procedures met het jaarlijkse aantal onvrijwillige opnemingen (6.350 inbewaaringstellingen en 4.900 rechterlijke machtigingen) en het jaarlijkse aantal meldingen van dwang (in 2000 1.837 dwangbehandelingen en 4.335 toepassingen van middelen en maatregelen) dan gaat het om een erg laag aantal. Naar mag worden aangenomen is het relatief geringe aantal art. 41-

procedures deels te wijten aan het werk van de pvp: deze slaagt erin veel klachten op een lager niveau tot een goed einde te brengen. Aan de andere kant zijn er ook aanwijzingen dat klachten bij de art. 41-commissie uitblijven doordat patiënten niet of onvoldoende van het klachtrecht op de hoogte zijn. Het relatief geringe aantal art. 41-procedures rechtvaardigt dat ook in individuele situaties van dwangtoepassing en vrijheidsbeperking betere informatie aan de patiënt wordt verstrekt. Dit is mogelijk door bij aanvang van een dergelijke maatregel de patiënt schriftelijk te informeren, onder meer over de klachtmogelijkheden.

De 'rechterlijke fase' van de art. 41-procedure kan nog worden vervolmaakt. Zowel de analyse van de rechtspraak als de ervaringen van klachtencommissies en van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon indiceren wijzigingen en aanvullingen op de volgende punten: het verduidelijken van de rechtskracht van de beslissing van de klachtencommissie en rechter, het toekennen aan de rechter van de mogelijkheid om de maatregel waarover wordt geklaagd te schorsen en het toekennen aan de Bopz-rechter van de mogelijkheid om bij gegrondverklaring van de klacht schadevergoeding toe te kennen.

Als een gevolg van een binnenkort in werking tredende wetwijziging kan de klachtencommissie bindende beslissingen gaan nemen, die kunnen inhouden dat de behandelingsmogelijkheden van de behandelaars c.q. de instelling worden beperkt. Instellingen en behandelaars hebben hier grote moeite mee. Het is de vraag of het nog reëel is dat de behandelaar, bij een hem/haar onwielgevallige beslissing, geen beroepsmogelijkheid heeft. Mede in het licht van de beginselen die ten grondslag liggen aan en tot uitdrukking komen in art. 6 EVRM kan worden gesteld dat in de situatie van commissie-beslissingen die bindend zijn, beide partijen de mogelijkheid van beroep moeten hebben. Een bijkomend voordeel kan zijn dat de essentie van de wetwijziging, de zelfstandige positie van de klachtencommissie, door instellingen en behandelaars beter wordt geaccepteerd.

Thema 2: Het klachtrecht in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg

Uit dit onderzoek blijkt wederom dat de betekenis van de art. 41-procedure in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg uitermate gering is, ondanks het feit dat toepassingen van vrijheidsbeperkingen en dwang regelmatig voorkomen. Een verklaring hiervan kan er deels in gelegen zijn dat het aantal patiënten met een Bopz-maatregel in deze beide sectoren lager is dan in de psychiatrie, evenals het aantal aan de Inspectie gemelde toepassingen van dwang. Daar staat tegenover dat die toepassingen wel degelijk voorkomen en dat het ernstige vermoeden bestaat dat op dat punt van onderrapportage sprake is. Andere oorzaken voor het geringe aantal klachten zijn:

- Bewoners in beide sectoren zijn vaak zelf niet in staat om te klagen en als ze klagen worden klachten niet als zodanig herkend;
- De bekendheid van de klachtenregeling onder potentiële klagers (meestal vertegenwoordigers) is nog altijd onvoldoende;
- Er is onder potentiële klagers angst voor represailles;
- De overheersende cultuur is om klachten in de lijn op te lossen. Klagers kunnen daardoor een druk ervaren geen officiële klacht in te dienen;
- Klachtencommissies worden door potentiële klagers als te weinig onafhankelijk gezien.

Op basis van dit onderzoek en onderzoeken die reeds eerder zijn verricht, kan de situatie als volgt worden getypeerd. In de sectoren pg en vgz heeft de relatief formele art. 41-procedure niet of nauwelijks betekenis voor de rechtspositie van de patiënt. In het bijzonder in de pg zijn in een aanzienlijk aantal instellingen klachtenfunctionarissen werkzaam, veelal in dienst van de instelling. In de instellingen is men doorgaans over deze functionarissen tevreden. Er zijn echter ook aanwijzingen dat de bijdrage van deze functionarissen aan de rechtsbescherming van de patiënt gering is. Dit blijkt zowel uit het onderhavige onderzoek als uit het in 2000 door het

NIVEL verrichte onderzoek en het project waarover in 2001 is gerapporteerd door de Contactgroep Zorgvragers Zuid-Holland. De toegankelijkheid van de klachtenfunctionarissen is problematisch, mede vanwege hun afhankelijke positie ten opzichte van de instelling. De conclusie is gerechtvaardigd dat met het aanstellen van klachtenfunctionarissen in dienst van de instelling niet kan worden volstaan.

De rechtsbeschermende functie van het klachtrecht komt in de sectoren pg en vgz tot op heden niet van de grond. Er is nu alle aanleiding de positieve uitlatingen uit het veld en van de overheid over het introduceren van patiëntenvertrouwenspersoon-en of patiëntenvertrouwenspersoon-achtige functionarissen in de sectoren pg en vgz om te zetten in daden. De overheid dient in overleg met beide sectoren een traject uit te zetten dat leidt tot de introductie en de geleidelijke toename van deze functionarissen in de pg en de vgz, op de langere termijn gevolgd door wettelijke formalisering. Bij de introductie dient rekening te worden gehouden met de bijzondere kenmerken die een patiëntenvertrouwenspersoon-achtige functionaris in deze sectoren vraagt. Dit onderzoek geeft daarvoor suggesties.

Thema 3: Het toezicht door de Inspectie

Pas sinds relatief korte tijd wordt door de Inspectie vanuit een centrale visie gewerkt aan een heldere en adequate positionering van het Bopz-toezicht. In dat licht gezien is het niet verwonderlijk dat een aantal instellingen uit alle drie de Bopz-sectoren aangeeft dat het voor hen onduidelijk is wanneer de Inspectie wel/niet in actie komt en welk beleid de Inspectie nu precies voert.

In de Wet Bopz is het toezicht van de Inspectie op bijzondere wijze geregeld. In het algemeen is het zo, dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg vanuit een kwaliteitsbewakende en –verbeterende rol het toezicht ‘invult’. In dat kader oefent de Inspectie algemeen toezicht uit kan en zal de Inspectie ingrijpen bij ernstige misstanden. Het geven van individuele rechtsbescherming behoort doorgaans niet tot de taken van de Inspectie. Op dit punt wijkt de Wet Bopz af van andere wetten waarin de Inspectie een rol wordt toegekend. De Wet Bopz geeft de Inspectie ook taken en bevoegdheden die op de grens tussen kwaliteitsbewaking en individuele rechtsbescherming liggen en die soms zelfs over die grens heengaan. Dat heeft te maken met de door de wetgever gepercipieerde kwetsbaarheid van de mensen die onder het regime van de Wet Bopz vallen. In de visie van de wetgever behoeven deze mensen extra bescherming, onder meer van de Inspectie. Om een aantal redenen komt de Inspectie-taak op het vlak van de individuele rechtsbescherming niet of nauwelijks uit de verf. Van een belangrijke bevoegdheid in het kader van deze taak (art. 42) is sinds de inwerkingtreding van de Wet Bopz in 1994 door de Inspectie nooit gebruik gemaakt.

De algemene opvatting binnen de Inspectie is, dat het nogal typische pakket van taken en verantwoordelijkheden dat de Wet Bopz aan de Inspectie geeft, zijn rechtvaardiging vindt in het karakter en het doel van de wet en dat dit pakket moet worden gehandhaafd. In de visie van de Inspectie zijn ook de wettelijke bevoegdheden waar de Inspectie (bijna) nooit gebruik van maakt, van belang. Naar de mening van de Inspectie is het juist dankzij de wettelijke regeling van deze bevoegdheden zo, dat er (bijna) nooit gebruik van gemaakt hoeft te worden. In veruit de meeste gevallen slaagt de Inspectie er al eerder in met de instelling tot overeenstemming te komen.

Duidelijk is dat niet alle Bopz-taken van de Inspectie gehandhaafd behoeven te worden (en met name niet de ‘zeef-functie’ van de Inspectie in het kader van art. 41 waar het gaat om klagers anders dan de patiënt) en dat de Inspectie-taken die een element van individuele rechtsbescherming in zich hebben problematisch zijn en naar verwachting ook zullen blijven. Het is in

zijn algemeenheid maar zeer de vraag of het wijs en mogelijk is taken op het gebied van de algemene kwaliteitsbewaking en die op het gebied van de individuele rechtsbescherming goed te combineren. Hoewel deze taken met elkaar samenhangen, hebben zij ook duidelijk eigen kenmerken en vragen zij verschillende oriëntaties en methodieken. Het risico is groot, zoals ook wel blijkt uit dit onderzoek, dat bij een combinatie een van deze taken toch gaat overheersen, i.c. de algemene kwaliteitsbewaking. Hierdoor wordt een van de bedoelingen van de Bopz-wetgever, individuele rechtsbescherming mede door de Inspectie, niet gerealiseerd. Dit vergt additionele maatregelen, om het door het wetgever beoogde niveau van individuele rechtsbescherming waar te maken.

Algemene conclusies

Is de wet voldoende bekend? Voor welke groep(en) is dit niet het geval?

De uitkomsten van het onderzoek wijzen erop dat de klachtrecht-bepalingen van de Wet Bopz, en in het bijzonder de art. 41-procedure, onder onvrijwillig opgenomen patiënten nog niet voldoende bekend zijn.

Is de uitvoeringspraktijk conform de bepalingen van de wet?

Het algemene beeld is dat waar het klachtrecht wordt toegepast, dit gebeurt op de wijze zoals de wet voorschrijft en beoogt. Dit ligt anders bij de uitoefening van het toezicht door de Inspectie. De wijze waarop dit wordt uitgevoerd is nogal eenzijdig gericht op algemene kwaliteitsbevordering. De dimensie van de individuele rechtsbescherming krijgt minder aandacht dan uit de tekst van de wet en de bedoelingen van de wetgever voortvloeit.

Doen zich in de uitvoeringspraktijk (structurele) knelpunten en problemen voor?

Het belangrijkste structurele probleem wordt gevormd door de toepasbaarheid en de relevantie van de art. 41-procedure in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. Deze procedure heeft in deze sectoren geen enkele reële betekenis. Aangezien de Wet Bopz voor deze sectoren, anders dan in de psychiatrie, geen andere vormen van klachtenopvang voorschrijft, wordt in deze sectoren de rechtsbeschermende functie van het klachtrecht niet gerealiseerd.

Hebben de maatregelen n.a.v. de eerste evaluatie effect gesorteerd?

Naar aanleiding van de eerste evaluatie is door de regering een wetsvoorstel tot wijziging van (onder meer) het Bopz-klachtrecht ingediend: de Wet van 22 juni 2000, Stb. 292. Deze wet was ten tijde van dit tweede evaluatieonderzoek nog niet in werking getreden, zodat het effect ervan nog niet kon worden vastgesteld.

In reactie op de eerste evaluatie gaf de regering aan positief te staan tegenover de introductie van een patiëntenvertrouwenspersoon in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. Op een enkel beperkt experiment na heeft dit echter niet tot verdere actie geleid.

De regering onderschreef de aanbeveling van de Evaluatiecommissie Bopz uit 1996 dat de Inspectie meer zou moeten toezien op de naleving van de klachtrechtbepalingen van de Wet Bopz. Ook zou de Inspectie beter moeten toezien op de regeling van de interne rechtspositie in het algemeen. Deze onderwerpen zijn de afgelopen jaren in het algemene Inspectie-toezicht aan de orde geweest. De Inspectie richtte zich daarbij in het bijzonder op de uniformiteit en volledigheid van de meldingen dwangbehandeling en middelen en maatregelen,

De aanbeveling uit de eerste evaluatie dat de meldingsplicht aan de Inspectie beter moest worden nageleefd en dat het Inspectie-toezicht op dat punt moest worden verscherpt. Dit heeft geleid tot verschillende activiteiten, die ertoe kunnen bijdragen dat de instellingen beter over-

tuigd raken van het nut van melding en de waarde daarvan voor hun kwaliteitsbeleid. Deze maatregelen zijn pas in 2001 geïmplementeerd, deels nog op experimentele basis, zodat het effect ervan in dit onderzoek nog niet kon worden vastgesteld.

Is de wet adequaat voor de sectoren die zij bestrijkt en biedt zij in deze sectoren de beoogde rechtsbescherming?

Waar het gaat om het klachtrecht moet deze vraag voor de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg negatief worden beantwoord. In deze sectoren behoort de regeling van art. 41 zoals gezegd met andere vormen van klachtenopvang te worden aangevuld.

Bereikt de wettelijke regeling haar doel en is zij effectief?

Waar het gaat om het klachtrecht in de psychiatrie kan worden gesteld dat in algemene zin de Bopz-regeling haar doel bereikt en effectief is. Wel is het bereik van de art. 41-klachtenregeling vrij beperkt, naar mag worden aangenomen mede door tekortkomingen in de informatie aan patiënten. Op het punt van de informatieverstrekking is een duidelijke verbetering van de uitvoeringspraktijk noodzakelijk. De Bopz-klachtenprocedure kan verder worden vervolmaakt.

Ten aanzien van het klachtrecht in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg is de conclusie dat de Bopz-regeling haar doel niet bereikt en (derhalve) niet effectief is. Een aanvulling van de klachtmogelijkheden is hier nodig.

Met betrekking tot het toezicht door de Inspectie komt het aspect van de algemene kwaliteitsbewaking ruim voldoende uit de verf. Dat is minder het geval bij het deel van de Inspectie-taak dat de individuele rechtsbescherming betreft. Op dat laatste gebied zijn aanvullende maatregelen vereist.

1

Opzet van het onderzoek

1.1 Inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek dat is verricht in het kader van de tweede evaluatie van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). De opdracht voor het onderzoek werd in september 2000 verstrekt door ZorgOnderzoek Nederland (thans ZonMw). Het onderzoek is gestart op 1 oktober 2000 en afgerond op 1 oktober 2001. Hieronder wordt ingegaan op het onderwerp en de opzet van het onderzoek.

1.2 Het onderwerp van het onderzoek

In de door ZonMw opgestelde programmatekst betreffende de tweede evaluatie van de Wet Bopz worden 10 specifieke thema's voor onderzoek genoemd. Dit onderzoek heeft betrekking op twee van deze thema's:

- Het klachtrecht van de Wet Bopz in de psychiatrie, verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric (thema 5);
- De rol van Inspectie voor de Gezondheidszorg (thema 8).

Deze beide thema's vormen een belangrijk onderdeel van de rechtsbescherming die de Wet Bopz de patiënt beoogt te bieden. In het algemeen functioneren het klachtrecht van de patiënt en het toezicht door de Inspectie relatief gescheiden van elkaar, maar er zijn twee redenen om deze thema's in het kader van de evaluatie van de Wet Bopz in samenhang te bezien:

1. Het gaat, zij het vanuit verschillende invalshoeken, in beide gevallen om onderdelen van de wet die een rol hebben in het kader van het garanderen van de naleving en de kwaliteit daarvan;
2. In de Wet Bopz bestaat de typische situatie dat de Inspectie niet alleen de gebruikelijke toezichthoudende taken heeft, maar tevens wettelijke taken op het vlak van de individuele rechtsbescherming en de klachtenbehandeling (een intermediaire rol in art. 41 Bopz en de bevoegdheid om zelf een oordeel aan de rechter te vragen in het kader van art. 42 Bopz).

Zowel het klachtrecht van de patiënt als het toezicht door de Inspectie zijn van groot belang in het kader van de rechtsbescherming die de Wet Bopz beoogt te bieden. Algemeen aanvaard is dat het klachtrecht een belangrijk onderdeel uitmaakt van de rechtspositie van de patiënt. Door middel van het klachtrecht kan de patiënt opkomen tegen beslissingen en maatregelen die in zijn ogen zijn rechtspositie schenden. Een uitgangspunt in de gezondheidsrechtelijke literatuur is, dat naarmate de druk op de rechtspositie van de patiënt toeneemt steeds verdergaande rechtsbeschermende maatregelen vereist zijn (Legemaate, 1993). De klachtenprocedure van art. 41 Bopz komt hieraan tegemoet. Deze procedure biedt de patiënt stringenter vormen van

rechtsbescherming dan de algemene, voor de gehele gezondheidszorg geldende, klachtenprocedure van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Een ander belangrijk uitgangspunt is, dat rechtsbescherming nooit volledig afhankelijk gemaakt moet worden van de mogelijkheden en de bereidheid van patiënten om zelf in actie te komen. Regelingen als de Wet Bopz, die onder meer dwangtoepassing en vrijheidsbeperking mogelijk maken, vergen ook een onafhankelijk toezicht. Daartoe zijn in de Wet Bopz taken en bevoegdheden toegekend aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze taken en bevoegdheden hebben zijn niet beperkt tot de rechtsbescherming van de patiënt, maar hebben daar wel mede betrekking op.

1.3 De vraagstelling van het onderzoek

De focus van het onderzoek is de versterking van de rechtspositie van de patiënt. Versterking van de rechtspositie is de belangrijkste doelstelling van de wettelijke klachtenregeling. Daarenboven gaat ook de Inspectie bij haar activiteiten uit van een patiëntgerichte aanpak (Nota Opmaat, 2000). De centrale vraagstelling van het onderzoek luidt derhalve: "Draagt de toepassing van de Bopz-regelingen die zijn gericht op de naleving van de wet (klachtrecht patiënt en toepassing Inspectie) bij aan de versterking van de rechtspositie van de patiënt en zijn er aanknopingspunten voor verbetering waar dat (nog) niet het geval is?".

Ten behoeve van het onderzoek zijn uit deze centrale vraagstelling de volgende onderzoeksvragen afgeleid:

1. In welke mate wordt gebruik gemaakt van het klachtrecht van de Wet Bopz en van de bepalingen inzake melding aan en toezicht door de Inspectie?
2. Hoe worden de klachtrecht-bepalingen uit de Wet Bopz toegepast, en welke (structurele) knelpunten en problemen doen zich daarbij voor?
3. Hoe geeft de Inspectie invulling aan haar toezichthoudende taken krachtens de Wet Bopz en welke (structurele) knelpunten en problemen doen zich daarbij voor?
4. Bereikt de regeling haar doel en is zij effectief?

Met betrekking tot het deel van het onderzoek dat zich richt op de het klachtrecht in de psychogeriatric (pg) en de verstandelijk gehandicaptenzorg (vgz) is een enigszins afwijkende onderzoeksvraag gehanteerd. Van deze beide sectoren is reeds genoegzaam bekend dat de klachtenprocedure van art. 41 Bopz niet effectief is. In dit deel van het onderzoek ligt het accent veel meer op de vraag welke alternatieven er zijn op het gebied van het klachtrecht.

Deze onderzoeksvragen moeten worden gezien tegen de achtergrond van de algemene vragen uit de ZON-programmatekst. Daarbij gaat het, voorzover in dit kader relevant, om de volgende vragen (ZON, 2000, p. 5)

- a. Is de wet voldoende bekend?
- b. Is de uitvoeringspraktijk conform de wet?
- c. Doen zich in de uitvoeringspraktijk (structurele) knelpunten of problemen voor?
- d. Hebben de maatregelen n.a.v. de eerste evaluatie effect gesorteerd?
- e. Is de wet adequaat voor de sectoren die zij bestrijkt en biedt zij in deze sectoren de beoogde rechtsbescherming?

1.4 De opzet van deze rapportage

Het vervolg van deze rapportage bestaat uit 8 hoofdstukken.

De hoofdstukken 2 en 3 bevatten basisgegevens die relevant zijn voor alle thema's die in dit onderzoek aan de orde komen. In Hoofdstuk 2 wordt een overzicht gegeven van de relevante wetgeving, de uitkomsten van eerdere evaluaties en van procedurele ontwikkelingen in de klachtrechtspraak. Hoofdstuk 3 bevat feitelijke gegevens met betrekking tot zowel de door patiënten ingediende klachten als de aan de Inspectie gemelde toepassingen van dwangbehandelingen en middelen en maatregelen.

In de Hoofdstukken 4 tot en met 7 komen de drie inhoudelijke thema's van dit evaluatieonderzoek aan de orde:

- Het klachtrecht in de psychiatrie (Hoofdstukken 4 en 5);
- Het klachtrecht in de psychogeriatric (pg) en de zorg voor verstandelijk gehandicapten (vgz) (Hoofdstuk 6);
- Het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Hoofdstuk 7).

Hoofdstuk 8 bevat de conclusies en aanbevelingen, in het licht van de centrale vraagstelling en de onderzoeksvragen van dit onderzoek en van de algemene vragen uit de ZON-programmatekst.

Tenslotte biedt Hoofdstuk 9 een korte epiloog. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan een concept-wetsvoorstel inzake het Bopz-klachtrecht dat in september 2001, na het afronden van de dataverzameling voor dit onderzoek, bekend werd. De inhoud van dit wetsvoorstel wordt geschetst en ook wordt die inhoud becommentarieerd in het licht van de uitkomsten van het onderzoek.

1.5 Methodologie

De in het kader van dit onderzoek toegepaste methodologie kan als volgt worden toegelicht.

De hoofdstukken 2 en 3

Ten behoeve van de hoofdstukken 2 en 3 zijn de teksten van wettelijke regelingen geanalyseerd, alsmede overige relevante Kamerstukken, beleidsnotities, rechterlijke uitspraken en literatuur. De informatie over de feitelijke gegevens betreffende klachten en meldingen is ontleend aan de registraties van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg. Ook is informatie verkregen uit de Inspectie-registratie van uitspraken van klachtencommissies.

De hoofdstukken 4 tot en met 7

Het onderzoek ten behoeve van het thema 'klachtrecht in de psychiatrie' is hoofdzakelijk op een kwantitatieve manier onderzocht. De psychiatrie is de enige Bopz-sector waarin frequent gebruik wordt gemaakt van de klachtenprocedure van art. 41 Bopz. Om de ervaringen en inzichten ter zake in beeld te brengen zijn vragenlijsten uitgezet onder de volgende groepen betrokkenen: patiënten die een klacht hebben ingediend, behandelaars tegen wie een klacht is ingediend, raden van bestuur, klachtencommissies, patiëntenvertrouwenspersonen en patiëntenraden. In aanvulling daarop is een interview gehouden met twee juristen die werkzaam zijn op het landelijk bureau van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon. Met betrekking tot de

wijziging van het Bopz-klachtrecht die voortvloeit uit de wetwijziging van 2000 bestond ten tijde van het onderzoek nog geen praktische ervaring. Ten aanzien van dit onderdeel zijn in de genoemde vragenlijst een aantal vragen opgenomen betreffende de opvattingen van de respondenten over deze wetwijziging.

Het onderzoek naar het 'klachtrecht in de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten' is uitgevoerd met een aangepaste methodologie. Van deze sectoren is bekend dat van het art. 41-klachtrecht niet of nauwelijks gebruik wordt gemaakt. Het had dan ook weinig zin in deze sectoren uitvoerige vragenlijsten inzake dit klachtrecht uit te zetten. Er is gekozen voor een mengeling van een kwantitatieve en een kwalitatieve onderzoeksopzet:

- In het kader van een ander onderzoek uit deze Bopz-evaluatie (Interne rechtspositie in de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten; uitvoerder Juridische faculteit Vrije Universiteit) is aan een groot aantal instellingen uit deze beide sectoren een vragenlijst voorgelegd. Hierin waren enkele vragen opgenomen over het Bopz-klachtrecht;
- Mede op basis van de uitkomsten van dit vragenlijst-onderzoek zijn in vier instellingen uit de pg-sector en vier instellingen in de vgz-sector interviews gehouden. Deze interviews betroffen zowel de interne rechtspositie van de patiënt (het onderzoek van de Vrije Universiteit) als de ervaringen met het klachtrecht;
- In de derde plaats is, specifiek gericht op het klachtrecht, een interviewronde gehouden met sleutelfiguren uit beide sectoren.

Ook het thema 'Toezicht door de Inspectie' is onderzocht door middel van een combinatie van een kwantitatieve en een kwalitatieve benadering. In de vragenlijsten die in het kader van de beide andere thema's aan de instellingen zijn gezonden, waren enkele vragen opgenomen over de contacten en de ervaringen van deze instellingen met de Inspectie. Voorts zijn interviews gehouden met Inspectiemedewerkers uit elk van de 4 Inspectieregio's alsmede met de waarnemend Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Gezondheidszorg. Ook zijn gegevens verkregen in het interview met de twee juristen van het landelijk bureau van de Stichting Patiëntenvertrouwenpersoon.

De expert-meeting

Aan het slot van de onderzoeksperiode is een expert-meeting georganiseerd. Deze expert-meeting werd bijgewoond door vertegenwoordigers van:

- de koepelorganisaties van zorginstellingen (psychiatrie, pg en vgz);
- instellingen uit de psychiatrie en vgz;
- de Inspectie;
- de Stichting Patiëntenvertrouwenpersoon;
- de Stichting Landelijke Patiëntenraden;
- de Cliëntenbond;
- de klachtencommissies.

In bijlage 1 is de deelnemerslijst van deze meeting opgenomen. Tijdens de expert-meeting is een concept-versie van dit onderzoeksrapport besproken. Het doel van de meeting was tweerlei:

- nagaan of de deelnemers zich herkenden in de uitkomsten van het onderzoek (Hadden zij aanvullingen of verbeteringen? Troffen zij in de tekst onjuistheden of onduidelijkheden aan?)
- Inventariseren hoe de deelnemers oordeelden over de conclusies en de concept-aanbevelingen van het onderzoek.

De uitkomsten van deze expert-meeting zijn waar nodig verwerkt in de hoofdstukken van deze rapportage, en in het bijzonder in de conclusies en aanbevelingen van Hoofdstuk 8.

1.6 Beperkingen

De hiervoor beschreven methodologie is conform de onderzoeksopzet die in 2000 door de opdrachtgever is geaccepteerd. Het bleek goed mogelijk te zijn de in deze onderzoeksopzet geschetste aanpak te volgen. Dit met uitzondering van het voornemen om in het kader van het thema 'klachtrecht in de psychiatrie' ook rechters te interviewen. Het geringe aantal art. 41-procedures per rechtbank heeft tot gevolg dat maar weinig rechters een meer dan eenmalige ervaring met deze zaken hebben. Om die reden is besloten de inventarisatie van opvattingen en ervaringen van rechters te beperken tot de analyse van de rechtspraak in par. 2.4.

Met betrekking tot de drie genoemde inhoudelijke thema's is binnen de opzet en de mogelijkheden van dit onderzoek getracht een zo volledig mogelijke verzameling van data te realiseren. Met betrekking tot de thema's 'klachtrecht in de psychiatrie' en 'klachtrecht in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg' is dat gelukt. Ten aanzien van het thema 'toezicht door de Inspectie' was evenwel een beperking onvermijdelijk. Weliswaar zijn in het kader van dit thema ook gegevens verkregen van instellingen uit de pg en de vgz, maar de interviews met Inspectie-medewerkers hebben zich hoofdzakelijk gericht op de ervaringen van de Inspectie met het toezicht in de psychiatrie, zijnde de sector waar de Inspectie met het Bopz-toezicht de meeste ervaring heeft opgedaan.

1.7 Begripsomschrijvingen

Voor een goed begrip van het onderwerp van dit rapport en de in dat kader aan de orde zijnde begrippen en terminologie, wordt hieronder kort stilgestaan bij de voornaamste begrippen en invalshoeken van de onderhavige studie.

In dit rapport staan procedurele aspecten van de Wet Bopz centraal: het klachtrecht van de patiënt en het toezicht door de Inspectie. Inhoudelijke criteria uit de Wet Bopz (zoals bijvoorbeeld het criterium voor dwangbehandeling of het begrip 'verzet') komen in dit onderzoek niet of slechts indirect aan de orde.

Met betrekking tot het klachtrecht wordt regelmatig gesproken van 'Bopz-klachtrecht' of 'Bopz-klachtmogelijkheden'. Hiermee wordt bedoeld op het totaal van mogelijkheden voor klachtenopvang die de Wet Bopz bevat: het gaat daarbij om de activiteiten van de patiëntenvertrouwenspersoon (afgekort als pvp) en van de klachtencommissie die is geregeld in art. 41 Bopz. Die laatste commissie wordt ook wel aangeduid als de 'art. 41-commissie'. Waar het gaat om de Inspectie wordt in het algemeen gesproken van toezicht. Met 'toezicht' wordt bedoeld op het geheel van taken en verantwoordelijkheden dat de Wet Bopz aan de Inspectie geeft.

Op een aantal plaatsen in het rapport wordt gesproken van 'klachten' en 'meldingen'. Klachten zijn afkomstig van een individuele patiënt en worden door hem/haar ter afdoening voorgelegd aan de pvp of aan de art. 41-commissie. Van een 'melding' is in deze context sprake in die gevallen waarin de wet een instelling verplicht om bepaalde gegevens aan de Inspectie te leveren.

Tenslotte de Bopz-sectoren. Dit onderzoek bestrijkt de traditionele drie sectoren die onder de Wet Bopz vallen: de psychiatrie, de psychogeriatric (pg) en de verstandelijk gehandicaptenzorg (vgz).

2

Wetgeving, rechtspraak en uitkomsten van eerdere evaluaties

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beknopt overzicht gegeven van het geldende wettelijke kader ten tijde van dit evaluatieonderzoek, onderscheiden naar het klachtrecht (2.2) en het toezicht van de Inspectie (2.3). Daarbij worden betrokken de uitkomsten van de eerste evaluatie van de Wet Bopz (Evaluatiecommissie Bopz, 1996), die van de evaluatie van de Wet Klachtrecht (Friele et al, 1999) en de maatregelen die naar aanleiding daarvan door de regering zijn genomen. Vervolgens wordt ingegaan op knelpunten inzake het klachtrecht die de afgelopen jaren in de rechtspraak naar voren zijn gekomen (2.4). Dit hoofdstuk bevat de achtergrondinformatie ten behoeve de latere hoofdstukken van dit onderzoeksrapport.

2.2 De Wet Bopz anno 2001: het klachtrecht

2.2.1 De patiëntenvertrouwenspersoon

Met betrekking tot de algemene en categoriale psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen bevat de Wet Bopz een 'gelaagd' klachtrecht. Hierbij gaat het om de combinatie van een laagdrempelige patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) en de mogelijkheid om een klacht in te dienen bij een wettelijk geregelde klachtencommissie: de commissie van art. 41 Bopz (voor klachten van onvrijwillig opgenomen patiënten over de vijf in art. 41 lid 1 genoemde onderwerpen).

De pvp is wettelijk geregeld in art. 59 Bopz en in het daarop gebaseerde Besluit patiëntenvertrouwenspersoon Bopz. Dit besluit noemt in art. 1 de categorieën instellingen die over een pvp dienen te beschikken. Art. 2 van het besluit omschrijft de taak van de pvp aldus: "De pvp verleent de in het psychiatrisch ziekenhuis opgenomen patiënten op hun verzoek advies en bijstand in aangelegenheden samenhangend met hun opname en verblijf in het ziekenhuis. Het verlenen van advies en bijstand is met name gericht op de uitoefening door de patiënt van zijn rechten". De artikelen 3 en 4 regelen enkele belangrijke bevoegdheden van de pvp, namelijk het recht op toegang tot de patiënt en het recht op de inlichtingen en de bescheiden die de pvp voor de juiste uitoefening van zijn taak nodig heeft. De pvp-en zijn in dienst van een onafhankelijke organisatie, de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg te Utrecht. Deze stichting heeft de taken van de pvp nader uitgewerkt in gedragsregels, welke voor het laatst in 1999 zijn herzien. De gedragsregels gaan nader in op de drie specifieke taken van de pvp (informatieverstrekking, klachtenbegeleiding en –bemiddeling en

signalering) alsmede op de houding van de pvp ten aanzien van patiënten, hun vertegenwoordigers en instellingsmedewerkers.

Jaarlijks geeft de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon in een openbaar verslag een uitvoerig overzicht van de activiteiten van de pvp-en en de resultaten daarvan.

2.2.2 De klachtenprocedure van art. 41 Bopz

De klachtenprocedure van art. 41 Bopz is van toepassing op alle patiënten die op grond van een inbewaringstelling, een rechterlijke machtiging of een procedure via de indicatiecommissie (art. 60 Bopz) worden opgenomen in een op grond van de Wet Bopz aangemerkte instelling. Dit kan zijn een psychiatrisch ziekenhuis, een instelling voor verstandelijk gehandicapten, een psychogeriatrisch (e afdeling van een) verpleeghuis of –sinds kort- een verzorgingshuis met een Bopz-erkenning.

Art. 41 verplicht het bestuur van een Bopz-aangemerkte instelling ertoe een klachtencommissie in te stellen. De klachtenprocedure houdt het volgende in:

- Bij de commissie kunnen schriftelijke klachten worden ingediend door de patiënt, door zijn familie of vertegenwoordiger (nader omschreven in art. 4 lid 1 Bopz) of door een medepatiënt;
- De beklaggronden worden limitatief opgesomd. Het zijn er vijf: het niet-nakomen van een overeengekomen behandelingsplan, het wilsonbekwaam verklaren van de patiënt en het toepassen van een dwangbehandeling (art. 38), een middel of maatregel in noodsituaties (art. 39) of een vrijheidsbeperkende maatregel (art. 40);
- In afwachting van de uitspraak op een klacht kan het bestuur de maatregel waartegen de klacht zich richt schorsen;
- De behandeling van de klacht wordt door de commissie binnen twee weken na ontvangst afgerond. Het oordeel van de commissie heeft de status van een advies aan het bestuur van de instelling;
- Uiterlijk op de tweede dag na die waarop de behandeling van de klacht door de commissie moet zijn afgerond geeft het bestuur van de instelling zijn met redenen omklede beslissing op de klacht;
- Wordt deze termijn niet gehaald of krijgt de klager ongelijk, dan kan hij in beroep gaan bij de rechter. Is de klager de patiënt zelf, dan mag hij via de Inspectie in beroep gaan bij de rechter, maar kan hij dit ook rechtstreeks doen. Andere klagers (familie, vertegenwoordiger, medepatiënt) kunnen alleen via de Inspectie naar de rechter;
- De rechter beslist binnen vier weken na indiening van het verzoekschrift. Tegen de beslissing van de rechter staat geen gewoon rechtsmiddel open.

In het op art. 41 Bopz gebaseerde Besluit klachtenbehandeling Bopz worden nadere regels gegeven voor de samenstelling van de klachtencommissie en over de behandeling van de klacht. Van de commissie maken in elk geval deel uit een jurist en een psychiater (of een orthopedagoog of een verpleeghuisarts in de beide andere Bopz-sectoren). Art. 3 van dit Besluit bepaalt dat de commissie zodanig wordt samengesteld, dat een deskundige en zorgvuldige beslissing op de klacht is gewaarborgd. Tot voor kort stelde het Besluit, anders dan de WKCZ, niet de eis dat de voorzitter van de Bopz-klachtencommissie onafhankelijk was. Door het Besluit van 2 april 2001 (Stb. 214) is het Besluit klachtenbehandeling Bopz op dit punt gewijzigd, en wordt thans de eis gesteld dat de voorzitter van de commissie niet werkzaam is bij of voor het psychiatrisch ziekenhuis. Ten tijde van de afronding van dit onderzoek was deze wijziging overigens nog niet in werking getreden.

Zowel de wet zelf als het Besluit bevatten regels over de bekendmaking van de klachtenregeling van art. 41 binnen de instelling. Art. 37 lid 1 Bopz bepaalt dat het bestuur ervoor zorg draagt dat elke patiënt wordt geïnformeerd over zijn rechten, waaronder het adres waarop art. 41-klachten kunnen worden ingediend. Dit adres wordt voorts op in aanmerking komende plaatsen in het ziekenhuis bekendgemaakt (art. 41 lid 3 Bopz). In deze mededeling wordt ook vermeld op welke wijze van de klachtenregeling kan worden kennisgenomen (art. 5 Besluit).

2.2.3 De uitkomsten van de eerste evaluatie en de naar aanleiding daarvan genomen maatregelen

In het kader van de eerste evaluatie van de Wet Bopz is onder meer onderzoek gedaan naar het functioneren van de klachtenregeling (Teijssen et al, 1996). Toentertijd bestond deze nog uit een combinatie van de procedures van de artikelen 41 en 76 Bopz. Art. 76 is inmiddels vervallen. De thans geldende regeling, zoals beschreven in par. 2.2.2, trad in augustus 1996 in werking, nadat het onderzoek ten behoeve van de eerste Bopz-evaluatie al was afgerond.

In haar eindrapport uit 1996 deed de evaluatiecommissie Bopz de volgende aanbevelingen:

1. Het onderzoek wees uit, dat de klachtenreglementen van de instellingen nogal wat afwijkingen van de Wet Bopz bevatten en dat wijze van bekendmaking van de klachtenprocedure binnen de instellingen te wensen overliet. Aanbeveling 34 van de Evaluatiecommissie luidde: "Inspectie en koepelorganisaties dienen stappen te ondernemen om te bewerkstelligen dat de klachtenregelingen in de instellingen Bopz-conform worden gemaakt. In het verlengde daarvan is het noodzakelijk dat erop wordt toegezien dat binnen de instellingen bekendheid wordt gegeven aan het klachtrecht. De informatieverstrekking aan patiënten (of hun vertegenwoordigers) dient verbeterd te worden. Belangrijk is dat de informatie niet eenmalig wordt gegeven, maar systematisch en periodiek";
2. De termijn die de art. 41-commissie had om de klacht af te handelen, twee weken, bleek in de praktijk lang niet altijd haalbaar te zijn. In Aanbeveling 35 stelde de Evaluatiecommissie voor een onderscheid te maken tussen klachten over acute situaties en klachten over reeds beëindigde maatregelen. In het laatste geval, aldus de commissie, zou in de wet een langere afhandelingstermijn kunnen worden opgenomen;
3. Het onderzoek wees uit dat juist in combinatie met de patiëntenvertrouwenspersoon het klachtrecht in de psychiatrie effectief blijkt te zijn. De Evaluatiecommissie meende dat de introductie van een dergelijke functionaris in de andere Bopz-sectoren een noodzakelijke voorwaarde is voor het effectief functioneren van de wet (Aanbeveling 36);
4. In het onderzoek werd geconstateerd dat de beklaggronden van art. 41 ook aan de orde waren met betrekking tot vrijwillig opgenomen patiënten, maar dat deze patiënten een minder effectief en snel klachtrecht ter beschikking stond. De Evaluatiecommissie stelde voor art. 41 Bopz, bij klachten over de daarin genoemde onderwerpen, ook open te stellen voor vrijwillig opgenomen patiënten (Aanbeveling 37);
5. Tenslotte stelde de Evaluatiecommissie voor de verhouding tussen het bestuur en de klachtencommissie te verhelderen (Aanbeveling 38).

In het regeringsstandpunt over de eerste evaluatie Bopz uit 1997 (Kamerstukken II, 1997-1998, 25 763, nr. 1) werd naar aanleiding van de hiervoor genoemde punten 2 en 5 een wetsvoorstel aangekondigd. Dit wetsvoorstel werd in 2000 door de Tweede en de Eerste Kamer aanvaard (Wet van 22 juni 2000, Stb. 292). Met betrekking tot het Bopz-klachtrecht zal dit leiden tot de volgende wijzigingen van de art. 41-procedure:

- De rol van het bestuur wordt beperkt tot de taak om een klachtencommissie in te stellen. Deze klachtencommissie gaat zelfstandig functioneren en doet een bindende uit-

spraak over de klacht;

- In het verlengde hiervan is de commissie, en niet langer het bestuur, bevoegd tot het nemen van een besluit over het schorsen van de maatregel waartegen de klacht zich richt, vooruitlopend op de uitspraak over de klacht zelf;
- Met betrekking tot klachten over situaties die nog aan de orde zijn, blijft de wettelijke afhandelingstermijn van twee weken gehandhaafd. In overige gevallen wordt deze termijn verlengd tot vier weken;
- De mogelijkheid wordt geopend om tegen uitspraken van de rechter in het kader van art. 41 in cassatie te gaan bij de Hoge Raad, dit om de rechtseenheid te bevorderen.

Deze onderdelen van de wijzigingswet inzake het klachtrecht waren ten tijde van dit tweede evaluatieonderzoek nog niet in werking getreden. Wel zijn de opvattingen van de partijen in het veld over de wijzigingen in het onderzoek betrokken (zie hoofdstuk 5).

De reactie van de regering op de overige aanbevelingen luidde als volgt:

- De regering onderschreef de aanbeveling van de commissie dat de Inspectie meer zou moeten toezien op de naleving van de klachtrechtbepalingen van de Wet Bopz (Kamerstukken II, 25 763, nr. 1, p. 42);
- Met betrekking tot de sector psychogeriatricie gaf de regering aan in principe sympathiek te staan tegenover het idee van de introductie van patiëntenvertrouwenspersonen. Ten aanzien van de zorg voor verstandelijk gehandicapten kondigde de regering aan dat de Inspectie overleg had geëntameerd over de introductie van een pvp-achtige functionaris in de instellingen: "Een werkgroep waarin ouderverenigingen, zorgverleningsinstellingen en de Inspectie participeren zal zich verder beraden over de wenselijkheid hiervan. Voor beide sectoren is het van belang dat alle betrokken partijen actief meepraten en meezoeken naar de meest effectieve benadering" (Kamerstukken II, 25 763, nr. 1, p. 43).

2.2.4 De relatie tussen de Wet Bopz en de Wet klachtrecht: samenloop

Dit onderzoek richt zich op het klachtrecht van de Wet Bopz, maar het is van belang kort stil te staan bij de verhouding tussen het klachtrecht van deze wet en de regeling van de WKCZ. De procedure van art. 41 Bopz is van toepassing in de in par. 2.2.2 genoemde situaties. In alle andere gevallen kan de patiënt gebruik maken van de algemene klachtprocedure van de WKCZ. De WKCZ-procedure is dus van toepassing in de volgende twee gevallen:

1. Bij klachten van patiënten met over Bopz-maatregel (IBS, RM of art. 60-procedure) over andere onderwerpen dan de vijf die worden genoemd in art. 41 lid 2 Bopz;
2. Bij klachten van patiënten die zonder Bopz-maatregel zijn opgenomen (vrijwillig opgenomen patiënten).

Er zijn enkele belangrijke verschillen tussen de Bopz-procedure en de WKCZ-procedure. De WKCZ-procedure kent geen limitatieve opsomming van beklaggronden, geeft de commissie een aanzienlijk langere termijn om tot een oordeel te komen, stelt geen specifieke eisen aan de samenstelling van de commissie (m.u.v. de eis van een onafhankelijk voorzitter), voorziet niet in een bindende beslissing van de commissie en kent niet de mogelijkheid van beroep op de rechter. Al met al geeft de Bopz-procedure de klagende patiënt meer rechtsbescherming dan de procedure van de WKCZ, hetgeen wordt gerechtvaardigd door het ingrijpende karakter van de in het kader van de Wet Bopz aan de orde zijnde maatregelen (zie ook par. 1.2).

In 1999 is de Wet klachtrecht geëvalueerd, door een onderzoeksgroep waarvan onder meer de uitvoerders van het onderhavige onderzoek deel uitmaakten (Friele et al, 1999). In het kader van die evaluatie is onderzoek gedaan naar de 'samenloop' van de Bopz- en WKCZ-klachtenregelingen. Hoewel beide regelingen op papier goed te onderscheiden zijn, was het de

vraag of dat onderscheid in de praktijk ook duidelijk en hanteerbaar was. De uitkomsten kunnen als volgt worden samengevat. De meeste instellingen die zowel met de Wet Bopz als met de WKCZ te maken hebben, bleken beide klachtenregelingen te combineren in 1 reglement, waarbij gepoogd werd de manier van behandelen van Bopz- en WKCZ-klachten zoveel mogelijk te scheiden. Het gevolg van het maken van 1 reglement was evenwel, dat de regelingen karakteristieke kenmerken van elkaar overnamen. In het bijzonder bleek het zo te zijn dat in de WKCZ- procedure Bopz-achtige elementen werden geïntroduceerd, door specifieke Bopz-bevoegdheden (zoals de schorsingsbevoegdheid) ook van toepassing te verklaren op WKCZ-klachten. De meeste instellingen bleken de klachten te laten behandelen door een en dezelfde commissie, die afhankelijk of het een Bopz- of een WKCZ-klacht betrof wel verschillend werd samengesteld (uit een pool van commissieleden). Met betrekking tot het naast elkaar bestaan van twee wettelijke klachtenprocedures bleken zich geen specifieke knelpunten voor te doen. Klagers en aangeklaagden bleken in de praktijk nauwelijks te weten dat er, afhankelijk van de klacht en de juridische status van de patiënt, formeel van twee verschillende procedures sprake is. Dat hoeft geen probleem te zijn, als de klachtencommissie zelf goed in de gaten houdt of het een Bopz- danwel een WKCZ-klacht is en daar ook naar handelt. Een andere uitkomst van dit onderzoek was, dat in de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatricie niet of nauwelijks WKCZ-klachten werden ingediend.

De conclusies en aanbevelingen van het onderzoek hadden overwegend betrekking op het functioneren van de WKCZ als zodanig. Een aantal conclusies en aanbevelingen betrof de verhouding tussen beide wetten dan wel aspecten die in de context van beide klachtenregelingen relevant zijn. Deze conclusies en aanbevelingen hielden het volgende in (Friele et al, 1999, p. 156-157):

1. “Er zijn nog steeds reglementen die niet op alle onderdelen voldoen aan de wettelijke vereisten. Koepelorganisaties zouden kunnen bevorderen dat de instellingen een duidelijke klachtenregeling hebben, met een correcte invulling van de vereisten uit zowel de WKCZ als de Bopz”.
2. “Het lijkt erop dat het actief bekendmaken van de klachtenregeling aan potentiële klagers –een wettelijk vereiste- nog niet in alle sectoren voldoende gebeurt”.
3. “Mede in het licht van de eerdere evaluatie van de klachtenregeling van de Wet Bopz mag worden aangenomen dat het relatief geringe aantal klachten in de PG en de VGZ samenhangt met het ontbreken van bemiddelingsmogelijkheden in deze sectoren (...). Eerder evaluatieonderzoek naar de klachtenregeling van de Bopz wees uit dat in beide sectoren de afstand tussen werkvloer en Bopz-commissie te groot is. Hetzelfde geldt voor de afstand tussen werkvloer en WKCZ-commissie. Extra aandacht voor bemiddelingsmogelijkheden lijkt dan ook aangewezen”.
4. “Het naast elkaar bestaan van twee klachtenprocedures in Bopz-instellingen leidt blijkens het onderzoek weliswaar niet tot grote knelpunten, maar is aan de andere kant ook bepaald niet zonder problemen. Het naast elkaar bestaan van twee regelingen genereert blijkens het onderzoek zowel bij de betrokken professionals als bij klagers en aangeklaagden een permanente ‘ruis’, d.w.z. onduidelijkheid, verwarring, niet altijd te verklaren verschillen tussen klachtenregelingen e.d. (...) Nu de praktijk toch laat zien dat op sommige punten aan WKCZ-procedures Bopz-achtige elementen worden toegevoegd, zou in Bopz-sectoren de keuze voor 1 wettelijke regeling –bijvoorbeeld een aangepast art. 41 Bopz- kunnen worden overwogen”.

In het in februari 2000 gepubliceerde kabinetsstandpunt over de evaluatie van de WKCZ wijst de regering de hiervoor onder 4 genoemde aanbeveling af, omdat voor rechtspositionele klachten in het kader van een gedwongen opname nu eenmaal stringenter regels gelden dan voor de normale klachtenprocedure. Over de hiervoor onder 3 genoemde aanbeveling merkt de

minister op: “De gedachte aan het introduceren van een patiëntenvertrouwenspersoon in bovengenoemde sectoren krijgt langzamerhand meer bijval. Een dergelijke functionaris kan de drempel tussen de beleefde werkelijkheid en de formele klachtmogelijkheden helpen verlagen. Ik ga ervan uit dat de betrokken sectoren in staat zijn ideeën hierover zelf uit te werken” (Kamerstukken II, 26 800 XVI, p. 6).

2.3 De Wet Bopz anno 2001: het toezicht door de Inspectie

Het toezicht dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt op de naleving van wettelijke regelingen vindt zijn basis in art. 36 van de Gezondheidswet. Daarin worden genoemd de taken van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, waarvan de IGZ een onderdeel uitmaakt. Volgens art. 36 lid 1 onder b heeft de Inspectie onder meer tot taak het toezicht op de naleving en de opsporing van overtredingen van het bepaalde bij of krachtens wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid, een en ander voor zover daarmee belast bij of krachtens wettelijk voorschrift. Met betrekking tot de Wet Bopz gaat het daarbij om art. 65a Bopz: “Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet zijn belast de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid”.

De algemene bevoegdheden die de Inspectie heeft, en de daarbij in acht te nemen zorgvuldigheid, worden beschreven in de Kwaliteitswet zorginstellingen en vooral in titel 5:2 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) (Den Ouden en De Die, 2000; Legemaate, 2001). In bijzondere wettelijke regelingen, zoals de wet Bopz, kunnen aan die algemene bevoegdheden specifieke bevoegdheden worden toegevoegd, maar kan de toepasselijkheid van algemene Awb-bevoegdheden worden uitgesloten. In het kader van de Wet Bopz is van beide mogelijkheden gebruik gemaakt. Toegevoegd in de Wet Bopz is de bevoegdheid van de Inspectie om patiëntendossiers in te zien (art. 63 lid 4 Bopz). Anderzijds bepaalt art. 65a lid 2 Bopz dat de in de artikelen 5:18 (zaken onderzoeken en monsters nemen) en 5:19 (vervoermiddelen onderzoeken) Awb genoemde bevoegdheden niet van toepassing zijn.

Art. 65 Bopz bepaalt nog, dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere voorschriften kunnen worden gegeven met betrekking tot de uitoefening van de taak van de Inspectie. Tot op heden is van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

2.3.1 Het Inspectietoezicht en de Bopz: algemeen

De invulling die de Wet Bopz geeft aan het Inspectietoezicht is om twee redenen opmerkelijk te noemen.

De eerste reden is, dat het toezicht niet is beperkt tot de Bopz-aangemerkte instellingen en de daarin onvrijwillig opgenomen patiënten. Art. 63 lid 1 Bopz bepaalt dat de Inspectie tot taak heeft “te waken voor de op het terrein van de volksgezondheid betrekking hebbende belangen van alle personen wier geestvermogens zijn gestoord. Zij zien deswege toe op een verantwoorde behandeling, verpleging, verzorging en bejegening van deze persoon”. Dit houdt bijvoorbeeld in dat het toezicht ook betrekking heeft op ambulante voorzieningen waar psychiatrische patiënten verblijven of worden behandeld (zoals een RIAGG of een wegloophuis). De specifieke bevoegdheden van de Inspectie, zoals het recht op inlichtingen (art. 63 lid 3) en het al genoemde inzagerecht (art. 63 lid 4), zijn ook op deze instellingen van toepassing.

De tweede reden is, dat het toezicht dat wel betrekking heeft op Bopz-aangemerkte instellingen en de daarin onvrijwillig opgenomen patiënten bijzondere onderdelen kent en is gebaseerd op een combinatie van invalshoeken: niet alleen bescherming van de kwaliteit van zorg in het

publieke belang maar ook individuele rechtsbescherming. Genoemd kunnen worden de verschillende meldingsplichten jegens de Inspectie alsmede de mogelijkheid voor de Inspectie om de rechter in te schakelen namens een patiënt die wordt onderworpen aan een dwangbehandeling maar die niet in staat geacht kan worden zelf gebruik te maken van de art. 41-procedure (art. 42 Bopz).

De achtergrond van deze opmerkelijke invulling van het Inspectie-toezicht is gelegen in de gedachte dat mensen die zijn gestoord in hun geestvermogens bijzondere bescherming van hun belangen en van hun rechtspositie behoeven. De uitwerkingen van deze gedachte zijn op vele plaatsen in de Wet Bopz terug te vinden, maar nadrukkelijk dus ook in de invulling van het Inspectie-toezicht op grond van deze wet. Dit leidt ertoe dat de Inspectie in de context van de Wet Bopz de naleving daarvan niet alleen controleert door middel van generiek toezicht op de kwaliteit van zorg in Bopz-instellingen, maar ook door specifiek toezicht op de gang van zaken ten aanzien van individuele patiënten, in het bijzonder waar het gaat om de toepassing van dwangbehandeling en dwangmiddelen.

2.3.2 Het Inspectietoezicht en de Bopz: specifiek

Meer in het bijzonder geeft de Wet Bopz aan de Inspectie ten aanzien van patiënten die volgens een Bopz-procedure zijn opgenomen (IBS, RM of art. 60) taken en verantwoordelijkheden ten aanzien van de volgende onderwerpen.

a. Het toepassen van een dwangbehandeling

Volgens art. 38 Bopz is de hoofdregel dat een onvrijwillig opgenomen patiënt toestemming moet geven voor de uitvoering van een behandelingsplan. Veroorzaakt de patiënt binnen de instelling een ernstig gevaar, dan kan het behandelingsplan zonder toestemming, dus onder dwang, worden uitgevoerd (= dwangbehandeling). Uiterlijk bij het begin van een dwangbehandeling wordt daarvan melding gegeven aan de Inspectie. Vermeld worden de verantwoordelijke behandelaar, de gronden voor de dwangbehandeling en bij een zich verzettende patiënt of deze in staat geacht kan worden gebruik te maken van de art. 41-procedure (art. 38 lid 6). Na beëindiging van elke dwangbehandeling stelt de Inspectie een onderzoek in of de beslissing tot dwangbehandeling zorgvuldig is genomen en of de uitvoering van de dwangbehandeling zorgvuldig is geschied (art. 38 lid 7). In 2000 werd aan art. 38 lid 6 toegevoegd de verplichting voor de instelling om ook de beëindiging van een dwangbehandeling te melden (inwerkinggetreden 1 december 2000).

b. Het toepassen van een middel of maatregel

Art. 39 Bopz regelt het toepassen van dwang in noodsituaties. Het gaat daarbij om situaties waarin onmiddellijk ingrijpen geboden is, met maatregelen waarin het behandelingsplan niet voorziet. De toegestane middelen en maatregelen worden in het Besluit middelen en maatregelen Bopz limitatief opgesomd en mogen worden toegepast gedurende maximaal 7 dagen. Zo spoedig mogelijk na het begin van de toepassing van een middel of maatregel op grond van art. 39 geeft de geneesheer-directeur daarvan kennis aan een aantal personen, waaronder de Inspecteur (art. 39 lid 3). Anders dan bij een melding van een dwangbehandeling schrijft de wet niet voor hoe de Inspecteur op deze melding moet reageren.

c. Het register van middelen en maatregelen

De middelen en maatregelen die worden toegepast op grond van art. 39 Bopz, alsmede de redenen daarvoor, worden aangetekend in een register, ingericht naar een door de minister vastgesteld model (art. 57 Bopz). Eens per maand zendt de geneesheer-directeur aan de Inspectie een afschrift van de in de voorafgaande maand in het register ingeschreven middelen

en maatregelen.

d. Een rechterlijke beoordeling van een dwangbehandeling

Zoals gezegd behoort de instelling in het kader van de melding van een dwangbehandeling aan de Inspectie onder meer aan te geven of de patiënt zich verzet, en zo ja, of deze in staat kan worden geacht zelf gebruik te maken van het klachtrecht van art. 41. Luidt het antwoord daarop 'neen', dan heeft de Inspectie de bevoegdheid zich tot de rechter te wenden met het verzoek aan deze zich uit te spreken over de noodzaak van de dwangbehandeling. In zijn verzoekschrift aan de rechter doet de Inspecteur gemotiveerd van zijn eigen zienswijze blijken (art. 42 Bopz).

e. Overplaatsing op verzoek van een patiënt

Een onvrijwillig opgenomen patiënt heeft op grond van art. 43 Bopz het recht zijn overplaatsing naar een andere instelling te vragen. Indien de geneesheer-directeur meent aan dat verzoek niet te kunnen voldoen, stelt hij daarvan de patiënt in kennis en zendt hij een afschrift van zijn beslissing aan de Inspectie. De Inspectie hoort zo nodig de patiënt. Meent de Inspecteur dat overplaatsing wel gewenst is, dat treft hij de nodige maatregelen om opnemings in een ander ziekenhuis te bewerkstelling (art. 43 lid 3 en 4 Bopz).

f. Overige informatie

Naast de meldingen die hiervoor reeds zijn genoemd, schrijft de Bopz ook het verstrekken van andere gegevens aan de Inspectie voor. Op grond van art. 58 ontvangt de Inspectie eens per maand:

- de namen van de onvrijwillig opgenomen patiënten, onder mededeling van de titel van hun vrijheidsbenaming;
- een overzicht van de patiënten aan wie verlof voor langer dan 60 uren of voorwaardelijk ontslag is verleend op grond van de artt. 45 of 47 lid 1 Bopz;
- een overzicht van de patiënten wier verlof of voorwaardelijk ontslag is ingetrokken;
- een overzicht van de patiënten aan wie ontslag is verleend op grond van art. 48 Bopz;
- een overzicht van de patiënten die zijn gestorven, onder mededeling van de doodsoorzaak;
- een kort verslag van bevindingen ten aanzien van elke patiënt ten aanzien van wie in de voorafgaande maand de inbewaringstelling is beëindigd.

Art. 9 lid 3 Bopz bepaalt dat de griffie van de rechtbank de Inspecteur in kennis stelt van een vordering tot het geven van een voorlopige machtiging waarover de rechter afwijzend beslist. Dezelfde bepaling geldt in het geval de rechter de vordering tot het verlengen van een machtiging afwijst (art. 17 lid 2 Bopz). In het geval van een inbewaringstelling door de burgemeester bepaalt de wet dat de Inspecteur daarvan onverwijld op de hoogte wordt gesteld (art. 25 lid 1 Bopz).

2.3.3 Uitkomsten van de eerste evaluatie en de naar aanleiding daarvan genomen maatregelen

In het kader van de eerste evaluatie van de Wet Bopz was er geen apart onderzoek gewijd aan het toezicht door de Inspectie. Wel kwamen de activiteiten van de Inspectie indirect aan de orde. De evaluatiecommissie Bopz deed in 1996 vier aanbevelingen die (mede) betrekking hadden op de Inspectie:

- "De (...) correcte toepassing van de regeling van de interne rechtspositie in de instellingen behoeft een stimulerende en toezichhoudende rol van zowel het departement als van de Inspectie" (Aanbeveling 26);
- De meldingsplicht aan de Inspectie op grond van de artt. 38 en 39 Bopz dient beter na-

geleefd te worden. De toetsende rol van de Inspectie moet worden aangescherpt. De wet zou moeten verplichten dat de beëindiging van dwangbehandeling aan de Inspectie wordt gemeld. De Inspectie dient zich actiever op te stellen bij het toetsen van uitgevoerde dwangbehandelingen en de bij haar gemelde middelen en maatregelen (Aanbeveling 28);

- Specifiek met betrekking tot de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten merkt de Evaluatiecommissie op: "Het is de vraag of het informeren van de Inspectie niet eenvoudiger zou kunnen. Mogelijk kan de meldingsplicht zodanig worden gewijzigd dat de lasten die deze met zich meebrengen kleiner worden (bijvoorbeeld door wijziging van de frequentie van de meldingen). De Inspectie dient meer te doen met de geregistreerde meldingen" (Aanbeveling 32);
- De reeds genoemde Aanbeveling 34, betreffende het toezicht van de Inspectie op de Bopz-conformiteit van de klachtenregelingen en de wijze waarop binnen de instellingen bekendheid wordt gegeven aan het klachtrecht (zie hiervoor par. 2.2.3).

De reactie van de regering op deze aanbevelingen van de commissie was als volgt:

- In reactie op Aanbeveling 26 wijst de regering op talrijke verrichte informatie-activiteiten. Door de Inspectie, aldus de regering, wordt in de algemene toezichthoudende taken aandacht besteed aan de interne rechtspositieregeling. "In de volgende evaluatie zal moeten blijken of deze activiteiten hebben geleid tot een verbetering" (Kamerstukken II, 25 763, nr. 1, p. 35);
- Ten aanzien van Aanbeveling 28 merkt de regering in eerste instantie op dat de naleving van de meldingsplicht verbeterd kan worden door de bestaande formulieren te verbeteren. De Inspectie, zo meldt de regering, is voornemens dat "op korte termijn" te doen. De suggestie van de commissie om in de wet te regelen dat ook de beëindiging van een dwangbehandeling aan de Inspectie moet worden gemeld, wordt door de regering overgenomen (Door de Wet van 22 juni 2000, Stb. 292, is de Wet Bopz inmiddels op dit punt gewijzigd). Tenslotte wijst de regering erop dat de Inspectie sinds kort een aantal nieuwe medewerkers in dienst heeft, die speciaal belast zijn met de toetsende functie inzake de toepassing van de voorschriften van de Wet Bopz door de instellingen. "Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de suggestie van de Evaluatiecommissie dat de toetsende rol van de Inspectie aanscherping behoeft" (Kamerstukken II, 25 763, nr. 1, p. 36);
- Ten aanzien van Aanbeveling 32 verwijst de regering naar haar reactie op aanbeveling 28 en voegt daaraan toe dat de daar genoemde maatregelen er toe zullen leiden dat de instellingen een positiever beeld krijgen van het nut van de meldingen. "Hoewel het op dit moment niet noodzakelijk lijkt extra maatregelen te nemen, blijft de manier waarop wordt omgegaan met de meldingen wel een belangrijk aandachtspunt. Voorkomen moet worden dat de interne positieve effecten van de meldingen stagneren of zelfs verloren gaan omdat de instellingen extern te weinig begeleiding krijgen bij hun meldingen" (Kamerstukken II, 25 763, nr. 1, p. 38).

2.3.4 De huidige organisatie van de Inspectie

De IGZ maakt al een aantal jaren een roerige tijd door. Mede onder invloed van kritische rapportages van de Nationale ombudsman en de Algemene Rekenkamer is er veel maatschappelijke en politieke discussie over de taakuitoefening, de structuur en de organisatie van de IGZ (Legemaate, 2001). Regelmatig vindt overleg plaats over de IGZ tussen de minister van VWS en de Tweede Kamer. In mei 2001 bracht een onafhankelijke adviescommissie een rapport uit met aanbevelingen voor de toekomst van de IGZ (Adviescommissie IGZ, 2001). Naar aanleiding van deze ontwikkelingen zijn er de afgelopen jaren al de nodige organisatie-aanpassingen

binnen de IGZ gerealiseerd. Eén daarvan is het terugbrengen van het aantal Inspectie-regio's.

Er zijn er thans vier zogenaamde werkgebieden:

- Noordoost: Groningen, Friesland, Drenthe, Gelderland en Overijssel;
- Noordwest: Noord-Holland en Utrecht;
- Zuidoost: Noord-Brabant en Limburg;
- Zuidwest: Zuid-Holland en Zeeland.

Tot voor enkele jaren hadden de regionale Inspecties een relatief autonome rol, hetgeen kon betekenen dat er verschillen waren in de wijze waarop de Inspecteurs het toezicht uitoefenden. Momenteel is er een duidelijke ontwikkeling naar een eenduidige manier van optreden, vanuit een centrale visie op de uitoefening van het toezicht. Hierdoor wordt tegemoet gekomen aan één van de meest kritische kanttekeningen uit het rapport dat de Algemene Rekenkamer in 1999 over de IGZ uitbracht, en waarin werd geconstateerd dat er ongerechtvaardigde verschillen bestonden tussen de regionale Inspecties, waardoor de rechtsgelijkheid in gevaar kwam.

2.3.5 Huidige beleid van de Inspectie

De IGZ onderscheidt drie vormen van toezicht (IGZ, 2000):

- *Algemeen toezicht*: inzicht verkrijgen in de aanwezigheid en de werking van kwaliteitsborgende maatregelen in de instelling;
- *Crisis- of interventietoezicht*: een onderzoek in het geval van ernstige problemen of calamiteiten;
- *Thematisch toezicht*: onderzoek naar een bepaald onderdeel in de zorg, van welk onderzoek op geaggregeerd niveau in een openbaar rapport verslag wordt gedaan.

Het toezicht dat de Wet Bopz opdraagt aan de Inspectie kan worden gezien als een op de Bopz-sector toegespitste vorm van algemeen toezicht. Hoe de Inspectie aan dat toezicht inhoud geeft, komt in Hoofdstuk 7 aan de orde. Crisis- en interventietoezicht doet zich voor in specifieke situaties, waarin (onverwachts) een ernstig gebrek in de kwaliteit van zorg aan het daglicht komt. In de sfeer van de geestelijke gezondheidszorg valt bijvoorbeeld te denken aan een reeks suicides binnen dezelfde instelling. Met betrekking tot de Wet Bopz zijn de afgelopen jaren ook enkele vormen van thematisch toezicht uitgeoefend. Zo heeft de (toenmalige) Regionale Inspectie voor de Gezondheidszorg in Zuid-Holland rapporten openbaar gemaakt naar aanleiding van onderzoeken betreffende 'De separeerkamers in Zuid-Holland' (1996) en 'Het midden- en maatregelenbeleid in Zuid-Holland' (1997). In 2000 verscheen het verslag van een landelijk Inspectie-onderzoek naar de zorgvuldigheid en de volledigheid waarmee in algemene psychiatrische ziekenhuizen dwangbehandelingen worden verantwoord in het patiëntendossier ('Dwangbehandeling en patiëntendossier', IGZ, juli 2000).

In aanvulling op de hiervoor genoemde vormen van toezicht onderneemt de IGZ waar nodig ook voorlichtende activiteiten. Dit gebeurt in die gevallen waarin in de praktijk verwarring of onduidelijkheid blijkt te bestaan over criteria of procedures van de Wet Bopz. Dit heeft geleid tot IGZ-brochures over het gevaarscriterium in de Wet Bopz (1997, herziene versie in 2000) en over behandelingsplan, dwangbehandeling en middelen en maatregelen in de Wet Bopz (1997).

Met betrekking tot het toezicht op grond van de Wet Bopz heeft de Inspectie een aantal (beleids)regels opgesteld betreffende de wijze waarop het toezicht wordt uitgeoefend. Onderstaand overzicht geeft de stand van zaken weer zoals deze bestond medio 2001:

1. Het 'Handhavingsschema Wet Bopz' en het handboek 'Handhaving IGZ Wet Bopz'. Hierin wordt aangegeven welke wettelijke mogelijkheden de IGZ heeft om te interveniëren, zowel in

- de Wet Bopz als in andere wetten, en hoe daarvan gebruik kan worden gemaakt;
2. Het handboek 'Werkzaamheden IGZ in het kader van de Wet Bopz'. Dit handboek bevat een uitvoerige analyse van de bepalingen in de Wet Bopz waarin aan de Inspectie een taak of bevoegdheid wordt gegeven en van de wijze waarop de Inspectie-medewerkers daarmee om moeten gaan;
 3. Het werkplan betreffende het IGZ-toezicht in 2001. Deze werkplannen zijn opgesteld voor elk van de drie Bopz-sectoren, en geven aan op welke wijze de IGZ reageert op de meldingen ex art. 38 (dwangbehandeling) en art. 39 (middelen en maatregelen) Bopz. Het gaat om een landelijk kader, gericht op een uniforme werkwijze van de IGZ. Aangegeven wordt hoe de binnenkomende meldingen moeten worden beoordeeld en werk percentage van de meldingen door middel van een instellingsbezoek wordt onderzocht (5% van de meldingen dwangbehandeling en 4% van de meldingen middelen en maatregelen);
 4. Registratieformulieren waarop de Inspecteur de bevindingen met betrekking tot de gemelde en onderzochte dwangbehandelingen en middelen en maatregelen kan weergeven. Het gaat om relatief uitvoerige formulieren, bestaande uit 34 (art. 38-melding) respectievelijk 31 (art. 39-melding) in te vullen items. Met deze formulieren wordt sinds maart 2001 geëxperimenteerd.

2.4 Ontwikkelingen in de jurisprudentie

De afgelopen jaren is door klachtencommissies en rechters in het kader van de procedure van art. 41 Bopz een aanzienlijk aantal uitspraken gedaan. In deze uitspraken wordt ingegaan op de criteria voor dwangtoepassing en vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze aspecten van de jurisprudentie zijn in het kader van dit onderzoek niet relevant: zij komen aan de orde in het onderzoek van het Trimbos Instituut naar de interne rechtspositie in de psychiatrie. In een aantal uitspraken echter worden door de klachtencommissie of de rechter opmerkingen gemaakt over de klachtenprocedure als zodanig dan wel over daarmee samenhangende procedurele aspecten. In bijlage 2 wordt een chronologisch overzicht van deze uitspraken gegeven. Geput is uit de gepubliceerde rechtspraak uit de periode 1 januari 1998 tot met 1 juni 2001 en uit het archief van de Inspectie. In bijlage 2 worden weergegeven alle uitspraken uit die periode waarin een procedurele kwestie inzake het klachtrecht aan de orde is.

De hiervoor samengevatte uitspraken van rechters en klachtencommissies betreffen een uiteenlopend aantal procedurele aspecten van het Bopz-klachtrecht. Groeperen we de uitspraken op een meer thematische manier, dan kunnen de volgende aspecten en bevindingen worden onderscheiden (de nrs. verwijzen naar de rechterlijke uitspraken die kort worden weergegeven in bijlage 2):

- Beslissingen die strijdig zijn met de wettelijke regeling. Het komt voor dat de patiënt ontvankelijk wordt verklaard ten aanzien van klachten die niet zijn opgenomen in de limitatieve opsomming van art. 41 lid 1 Bopz (nrs. 5 en 10). Ook behandelde een rechtbank in een art. 41-procedure een klacht van een vrijwillig opgenomen patiënt (nr. 14) en werd een klacht niet-ontvankelijk verklaard omdat deze pas na vier jaar werd ingediend, hoewel de wet ter zake geen termijn bevat (nr.13);
- Een kort geding als alternatief voor art. 41. De patiënt heeft de mogelijkheid om in plaats van de art. 41-procedure te kiezen voor een kort geding. Een enkele keer wordt van die mogelijkheid gebruik gemaakt (nrs. 11 en 15);
- Termijnoverschrijdingen. In een aantal gevallen zijn termijnoverschrijdingen door het bestuur aan de orde, maar verbindt de rechter daaraan geen gevolgen, omdat de wet zelf dat ook niet doet (nrs. 1, 2 en 4). De rechterlijke uitspraken die ten behoeve van dit overzicht zijn geanalyseerd, laten zien dat ook de rechter moeite heeft met de art. 41-

termijnen. Volgens art. 41 lid 14 Bopz beslist de rechter binnen vier weken na het indienen van het verzoekschrift op de art. 41-klacht. Vrijwel alle rechterlijke uitspraken vermelden naast de datum van de beschikking ook de datum waarop het verzoekschrift is ontvangen. Hieruit blijkt dat het in een aanzienlijk aantal gevallen langer dan vier weken duurt voordat wordt beslist. Het kan daarbij gaan om overschrijding van de termijn van vier weken met enkele maanden. In sommige gevallen valt uit de uitspraak een verklaring voor deze termijnoverschrijding te lezen (het inschakelen van een deskundige, aanhouding mede op verzoek van de patiënt), in andere gevallen niet.;

- Algemene zorgvuldigheid. Het bestuur dient bij de klachtenbehandeling een aantal zorgvuldigheidsvereisten uit de Algemene wet bestuursrecht toe te passen (nr. 7);
- Schorsing door de rechter. Anders dan het bestuur, heeft de rechter niet de bevoegdheid de maatregel waarover geklaagd wordt te schorsen (nr. 7);
- Rechtskracht en schadevergoeding. Onhelder is de juridische problematiek van de rechtskracht van de rechterlijke beschikking, mede in relatie tot de mogelijkheid voor de patiënt om schadevergoeding te krijgen (nrs. 8 en 12).

Van deze zes onderwerpen roepen de laatste vier de vraag op of aanpassing of verduidelijking van de wet geëigend is. Op het belang van deze onderwerpen wordt gewezen in de annotaties bij de genoemde uitspraken en in de literatuur (zie bijv. Laurs, Dijkers en Widdershoven). Ook gaat het om onderwerpen die in het kader van de parlementaire behandeling van de Wet van 22 juni 2000, Stb. 292, veel aandacht hebben gekregen, en die in het kader van deze wet niet tot een afdoende regeling hebben geleid.

3

Feitelijke gegevens over klachten en meldingen

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de feitelijke gegevens gepresenteerd ten aanzien van twee onderwerpen: de toepassing van het klachtrecht en de meldingen aan de Inspectie van dwangbehandelingen (art. 38 Bopz) en van middelen en maatregelen (art. 39 Bopz). De gegevens voor dit hoofdstuk zijn ontleend aan de registraties van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke gezondheidszorg. De nadruk ligt op de gegevens over het jaar 2000, maar in een aantal gevallen worden ook (vergelijkings)gegevens over eerdere jaren vermeld.

3.2 Klachten

In deze paragraaf staan centraal de gegevens over de toepassing van de klachtenprocedure van art. 41 Bopz. Centraal staan daarbij de psychiatrische ziekenhuizen, aangezien veruit de meeste art.41-klachten uit deze instellingen afkomstig zijn (zie hieronder 3.2.2). Om die reden wordt begonnen met een overzicht van de klachten die in deze ziekenhuizen door de patiëntenvertrouwenspersonen (pvp-en) zijn afgehandeld. Bekend is immers dat de mate waarin klachten 'doorsijpelen' naar de art. 41-procedure mede wordt bepaald door (de effectiviteit van) de werkzaamheden van de pvp.

3.2.1 De patiëntenvertrouwenspersoon

De Wet Bopz verplicht ertoe dat in alle algemene en categoriale psychiatrische ziekenhuizen, alsmede in de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen voor patiënten een patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) beschikbaar is. De taken van de pvp zijn beschreven in par. 2.2.1.

Uit deze instellingen registreerden de pvp-en in 1999 15.320 klachten en vragen en in 2000 15.111. Deze klachten en vragen waren afkomstig van 7.604 respectievelijk 7.727 individuele patiënten. De registreerde klachten en vragen kunnen worden onderscheiden naar een aantal variabelen. De belangrijkste daarvan zijn:

- de op de klacht of vraag volgende actie van de pvp;
- kenmerken en juridische status van de patiënt;
- het onderwerp van de klacht;
- de resultaten van de activiteiten van de pvp.

De op de klacht of vraag volgende actie van de pvp

Van de in 1999 geregistreerde klachten en vragen leidde in 1999 56% tot klachtenbemiddeling door de pvp. In de overige 44% beperkte de pvp zich tot het geven van informatie. In 2000 waren deze percentages vrijwel gelijk.

Kenmerken en juridische status van de patiënt

De aan de pvp-en voorgelegde klachten zijn voor de helft afkomstig van mannen en voor de helft van vrouwen (in 2000: 50,8% resp. 49,2%). Ruim de helft van deze patiënten is 25 tot 44 jaar oud. Zo'n 25% bevindt zich in de leeftijdscategorie van 45-64 jaar. Ruim 60% van de patiënten die aan de pvp een klacht voorleggen is vrijwillig opgenomen (in 2000: 61,9%). De overige 40% verblijft in de instelling op grond van een rechterlijke machtiging, een inbewaaringstelling of een andere titel voor vrijheidsbeneming (in 2000: 1,7% krachtens tbs). Deze cijfers wijzen uit dat onvrijwillig opgenomen patiënten, die doorgaans 10% uitmaken van het patiëntenbestand van een instelling, verhoudingsgewijs vaker de stap naar de pvp zetten dan vrijwillig opgenomen patiënten.

De pvp-en registreren geen gegevens betreffende de etnische achtergrond van de patiënten die een klacht of vraag indienen. Aan de registratiegegevens valt derhalve geen informatie te ontfemen over de mate waarin patiënten met een allochtone achtergrond gebruik maken van de diensten van de pvp.

Het onderwerp van de klacht of vraag

De 15.111 in het jaar 2000 door de pvp-en geregistreerde klachten en vragen betroffen een groot aantal onderwerpen. Kijkend naar de thema's die in het kader van de art. 41-procedure relevant kunnen zijn, ontstaat het volgende beeld:

- klachten over 'behandeling': 19% (n = 2902)
- klachten over 'dwangbehandeling': 1,5% (n = 237)
- klachten over 'dwangmiddelen': 6% (n = 895)
- klachten over 'vrijheidsbeperking': 7% (n = 1074)

De klachten en vragen over de laatste drie onderwerpen zijn in overwegende mate afkomstig van onvrijwillig opgenomen patiënten: bij dwangbehandeling 94%, bij dwangmiddelen 82% en bij vrijheidsbeperking 73%. Het zijn deze klachten die –in gevallen waarin het advies of de bemoeienis van de pvp niet tot het gewenste resultaat leidt- voor de patiënt aanleiding kunnen zijn een art. 41-procedure te starten.

Resultaten van de afhandeling van de klachten door de pvp

Het totaal van 15.111 in 2000 aan de pvp-en voorgelegde klachten en vragen kan als volgt worden gesplitst:

- in 6.582 gevallen volstond de pvp met het geven van informatie;
- in 8.529 gevallen ondernam de pvp activiteiten om de klacht op te lossen.

In 5.556 van deze gevallen leidde de actie van de pvp tot een gehele of gedeeltelijke oplossing van de klacht van de patiënt. In 1.816 gevallen bleef de klacht bestaan. In de resterende gevallen was van een andere afloop sprake (bijvoorbeeld: de klacht kwam te vervallen, werd tussentijds ingetrokken e.d). Dit zijn algemene cijfers over de resultaten betreffende alle gevallen van klachtbegeleiding door de pvp. Bij klachtcategorieën als dwangtoepassing of vrijheidsbeperking, de kernthema's van de art. 41-procedure, behaalt de pvp doorgaans minder vaak een succes dan bij klachten uit categorieën als 'behandeling', 'verblijf' of 'bejegening'.

3.2.2 De procedure van art. 41 Bopz

In deze subparagraaf komen de gegevens aan de orde met betrekking tot de klachtenprocedure van art. 41 Bopz. Daarbij wordt primair geput uit de registratie van de Inspectie. In het vorige evaluatierapport zijn uitvoerig de gegevens van de Inspectie en die van de Stichting PVP met elkaar vergeleken (Teijssen et al, 1996, p. 59 e.v.). Daarbij bleek dat de Stichting PVP een ander wijze van registreren hanteerde de Inspectie. Dient een patiënt in dezelfde procedure twee art. 41-klachten in, dan registreert de Stichting PVP dit als twee art. 41-procedures en de Inspectie als één. Anders gezegd: de Inspectie registreert procedures en de Stichting PVP klachten. Dit is nog steeds zo. In het navolgende vormen de gegevens van de Inspectie het uitgangspunt en worden de gegevens van de Stichting PVP als vergelijkingsgegevens gebruikt. Voorts worden waar nodig vergelijkingen gemaakt met de bevindingen uit de eerste Bopz-evaluatie.

Het aantal art. 41-procedures

In 2000 registreerde de Inspectie 106 procedures op grond van art. 41 Bopz. In eerdere jaren waren dit er:

- 1999: 92
- 1998: 97
- 1997: 123
- 1996: 121
- 1995: 98

Gezien over de periode 1995-2000 is er sprake van gemiddeld 100 art. 41-procedures per jaar. Bij deze aantallen kunnen de volgende kanttekeningen worden geplaatst:

- De genoemde aantallen betreffen de art. 41-procedures waarin door de klachtencommissie een uitspraak wordt gedaan. Bekend is dat in de praktijk aan de commissies meer klachten worden voorgelegd. Een deel leidt echter niet tot een uitspraak, omdat de klacht tussentijds wordt ingetrokken, door bemiddeling vanuit de commissie wordt opgelost e.d. (zie over het laatste de betreffende passage uit par. 4.5.5);
- Het totaalbeeld wordt vertekend doordat 32 van de 106 geregistreerde procedures afkomstig zijn uit 1 enkele instelling. Uit alle overige instellingen in Nederland werden in 2000 in totaal $106 - 32 = 74$ procedures gemeld. Deze zijn afkomstig uit 33 verschillende instellingen.

In vergelijking met zowel het aantal dwangopnemingen per jaar (blijkens cijfers van de Inspectie ongeveer 6.350 inbewaringstellingen en 4.900 rechterlijke machtigingen) als het aantal jaarlijkse meldingen aan de Inspectie dwangtoepassing (zie par. 3.3.1) kan het aantal art. 41-procedures als laag worden gekenmerkt.

Gezien over de periode 1995-2000 doen zich per jaar soms aanzienlijke schommelingen voor in het aantal art.41-procedures. Voor de jaren 1998-2000 is nagegaan of deze schommelingen wellicht te maken hebben met corresponderende schommelingen in het aantal dwangopnemingen en het aantal gemelde dwangtoepassingen. Van een dergelijk verband is niet gebleken.

De door de Inspectie geregistreerde procedures betroffen in totaal 161 verschillende klachten. De Stichting PVP maakt over 2000 melding van 160 art. 41-klachten.

De instellingen waaruit de klachten afkomstig zijn

Van de 106 in 2000 geregistreerde art. 41-procedures waren er 103 afkomstig uit (algemene) psychiatrische ziekenhuizen en 3 uit instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Uit de hoek van de psychogeriatrische verpleeghuizen werd geen enkele art. 41-klacht gemeld.

Kenmerken van de klagers

Niet alleen de patiënt kan klagen op grond van art. 41 Bopz, maar ook (bepaalde) familieleden en mede-patiënten. Dat laatste is voor zover bekend sinds de inwerkingtreding van de Wet Bopz nooit voorgekomen. Van de 106 procedures uit 2000 werden er 4 gestart door een familielid van de patiënt, in 3 van de 4 gevallen in instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

In de in 2000 geregistreerde art. 41-procedures ging het in 69% om mannelijke patiënten en in 31% om vrouwelijke. In vergelijking met de sexe-verdeling ten aanzien van de onvrijwillige opnemingen duidt dit op een oververtegenwoordiging van mannen. Volgens door de Inspectie verschaft cijfers uit Bopzis-2 vormen mannen ongeveer 57% van de groep patiënten die met een RM wordt opgenomen, en ongeveer 55% van de patiënten met een IBS. De gegevens over de sexe-verdeling bij art. 41-procedures worden overigens sterk vertekend door de ene instelling waaruit 32 van de 106 procedures afkomstig zijn, vrijwel zonder uitzondering van mannelijke patiënten. De sexe-verdeling bij de resterende 74 procedures ligt dichterbij de algemene verdeling bij onvrijwillig opgenomen patiënten: 60% mannelijke klagers en 40% vrouwelijke.

De Inspectie noch de Stichting PVP registreert buiten het geslacht en de leeftijd van klagers specifieke kenmerken. De geraadpleegde registraties bevatten geen informatie over de etnische achtergrond van de patiënt. Op grond van de registraties is derhalve niet bekend of, en zo ja in hoeverre, van de art. 41-procedure gebruik wordt gemaakt door allochtone patiënten.

Beklaggronden

De verdeling van de ingediende klachten (n = 161) over de in art. 41 Bopz genoemde beklaggronden was als volgt:

- niet-toepassen behandelingsplan: 3
- art. 36 Bopz (ontneming voorwerpen): 1
- Dwangbehandeling: 90
- Middelen en maatregelen: 30
- Vrijheidsbeperkingen: 31
- Overig: 6

Dit beeld wordt bevestigd door de gegevens van de Stichting PVP en is al een groot aantal jaren constant: de klachten betreffen vrijwel uitsluitend de toepassing van dwang en beperkingen op grond van de artt. 38, 39 of 40 Bopz. Een enkele keer wordt geklaagd over het niet-nakomen van een behandelingsplan. Over de vijfde en laatste beklaggrond van art. 41, het oordeel dat een patiënt wilsbekwaam is, is in 1999 en 2000 in het geheel niet geklaagd. Ten tijde van de eerste evaluatie kwam nog een enkele klacht hierover voor (Teijssen et al, 1996, p. 63: in 1995 twee klachten over dit onderwerp). De verklaring voor het zeer geringe aantal klachten over een beoordeling van wilsbekwaamheid ligt voor de hand. In de huidige Wet Bopz dient deze beoordeling geen enkel doel. Of een patiënt nu wilsbekwaam of wilsonbekwaam is: in beide gevallen gelden in het geval van een zich verzettende patiënt dezelfde criteria voor dwangbehandeling, middelen en maatregelen en vrijheidsbeperkingen. Er is dus nooit een aanleiding om de mate van bekwaamheid van de patiënt formeel vast te stellen. Dit gebeurt in de praktijk dan ook niet, en begrijpelijkerwijs blijven klachten daarover dan ook uit.

De aangeklaagde

De informatie over de discipline van de aangeklaagde is in de Inspectie-registratie niet volledig. Van de 89 aantekende gevallen, richtte de klacht zich in 31 gevallen tot de arts/psychiater. In 48 van de 89 gevallen is de discipline van de aangeklaagde onbekend. Deze gegevens zeggen derhalve weinig. Formeel is verantwoordelijk de 'arts of andere voor de behandeling verantwoorde persoon' als bedoeld in art. 36 lid 1 Bopz. Dit zal in de psychiatrie doorgaans een

psychiater of arts zijn. De meeste art. 41-klachten zullen dan ook tegen hen gericht zijn.

De afhandelingsduur van de klachten

De Wet Bopz noemt specifieke termijnen met betrekking tot de afhandeling van een art. 41 klacht. De commissie behoort binnen 14 dagen een oordeel te geven, waarna het bestuur twee dagen heeft om het finale besluit te nemen. De maximumtermijn is derhalve 16 dagen.

Van de 106 in 2000 door de Inspectie geregistreerde procedures werden er 49 (46%) binnen twee weken afgerond. Dit is iets gunstiger dan het percentage dat in de eerste evaluatie werd gevonden (41%), maar tevens wordt duidelijk dat ongeveer de helft van de klachten nog steeds niet binnen de wettelijke termijn wordt afgerond (zie ook par. 2.2.3).

Het oordeel over de klacht

Van de 161 klachten die aan de orde kwamen in de 106 door de Inspectie geregistreerde procedures werden er 50 geheel of gedeeltelijk gegrond verklaard (31%). Ten tijde van de eerste evaluatie was dit 41%. Zonder nader onderzoek kan dit verschil niet verklaard worden. Het kan duiden op een minder patiëntvriendelijke opstelling van de commissies, maar kan evengoed samenhangen met de specifieke omstandigheden van de voorgelegde situaties (bijv. meer klachten over terechte toepassingen van dwang).

De mogelijkheid van beroep op de rechtbank

In 14 van de 106 procedures werd in 2000 door de klager beroep ingesteld bij de rechtbank. Het ging hierbij in totaal om 27 klachten. Van deze 27 klachten werden er 8 door de rechter gegrond of gedeeltelijk gegrond verklaard (30%).

Ter vergelijking: in 1995 werden voor de rechtbank 25 art. 41-procedures gevoerd, betreffende 43 klachten. Van deze 43 klachten werden 16% door de rechter gegrond of gedeeltelijk gegrond verklaard (Teijssen et al, 1996, p. 81).

3.2.3 De procedure van art. 42 Bopz

Een bijzondere procedure is opgenomen in art. 42 Bopz. Deze procedure dient ter bescherming van onvrijwillig opgenomen patiënten die aan een dwangbehandeling worden onderworpen, maar die niet in staat kan worden geacht gebruik te maken van de art. 41-procedure. In zo'n geval geeft art. 42 Bopz de Inspectie de bevoegdheid de rechter te vragen een uitspraak te doen over de noodzaak van de dwangbehandeling. In het verzoekschrift aan de rechter geeft de Inspecteur gemotiveerd zijn eigen zienswijze weer.

Van deze procedure heeft de Inspectie tot op heden nimmer gebruik gemaakt. Op de redenen hiervoor wordt in hoofdstuk 7 nader ingegaan.

3.3 Meldingen aan de Inspectie

De Wet Bopz bepaalt dat dwangbehandelingen (art. 38 Bopz) en de toepassing van middelen en maatregelen (art. 39 Bopz) aan de Inspectie moeten worden gemeld.

3.3.1 Dwangbehandelingen (art. 38 Bopz)

Met betrekking tot toegepaste dwangbehandelingen werden in de jaren 1998, 1999 en 2000 de volgende aantallen aan de Inspectie gemeld.

1998

Psychiatrie: 1541

Verstandelijk gehandicaptenzorg: 315

Psychogeriatric: 244

1999

Psychiatrie: 1901

Verstandelijk gehandicaptenzorg: 297

Psychogeriatric: 218

2000

Psychiatrie: 1837

Verstandelijk gehandicaptenzorg: 316

Psychogeriatric: 254

Deze meldingen zijn redelijk verdeeld over de vier Inspectie-regio's. De spreiding in 2000 was van 20,5% in de regio zuidwest tot 28% in de regio noordwest. Aan dit enkele gegeven kunnen geen nadere conclusies worden verbonden. Dat vergt een specifiekere vergelijking van het aantal instellingen, bedden en opgenomen patiënten per regio. Wel wordt in het Jaarverslag 2000 van de Inspectie vermeld dat zich in 2000 vergeleken met 1999 in de regio zuidoost (Noord-Brabant en Limburg) een forse daling van het aantal gemelde dwangbehandelingen heeft voorgedaan. Voorts wordt opgemerkt dat de in 2000 uit de zorg voor verstandelijk gehandicapten gemelde dwangbehandelingen voor de helft afkomstig zijn uit de regio zuidwest. Als reden wordt genoemd de intensivering van het toezicht en de bevordering van het meldingsbewustzijn van de instellingen. Meer in het algemeen wijst dit erop dat er sprake is van onder-rapportage en dat er vooral in de sectoren pg en vgz meer dwangbehandelingen plaatsvinden dan worden gemeld (IGZ, Jaarverslag 2000, p. 85-86).

3.3.2 Middelen en maatregelen (art. 39 Bopz)

Over de jaren 1998, 1999 en 2000 bedroeg het aantal gemelde toepassingen van middelen en maatregelen:

1998

Psychiatrie: 3893

Verstandelijk gehandicaptenzorg: 104

Psychogeriatric: 79

1999

Psychiatrie: 4290

Verstandelijk gehandicaptenzorg: 148

Psychogeriatric: 95

2000

Psychiatrie: 4335

Verstandelijk gehandicaptenzorg: 143

Psychogeriatric: 99

Ten aanzien van de cijfers 2000 wordt in het Jaarverslag van de Inspectie opgemerkt dat de regio noordwest beduidend minder middelen en maatregelen registreert dan de andere drie regio's, dit terwijl deze regio de meeste dwangopnames heeft. Dit kan duiden op het gebruik

van verschillende definities en registratie-gewoonten tussen de regio's, maar ook op onderrapportage. Onderrapportage is naar mag worden aangenomen ook aan de orde in de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric. Zie nader hierover par. 7.4.

3.4 Conclusies

3.4.1 Klachten

Het indienen van klachten is vooral aan de orde in de psychiatrie. In beide andere Bopz-sectoren, de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg, komen niet of nauwelijks art. 41-procedures voor.

In de instellingen binnen de sector psychiatrie functioneert een pvp. Jaarlijks worden aan de pvp-en een groot aantal klachten en vragen voorgelegd. Een onderdeel hiervan vormen klachten en vragen van onvrijwillig opgenomen patiënten over de beklaggronden genoemd in art. 41 Bopz. Met betrekking tot deze klachten en vragen slagen patiënt en pvp er in een aanzienlijk aantal gevallen in een gehele of gedeeltelijke oplossing te bereiken. In de gevallen waarin dat niet lukt wordt in een relatief beperkt aantal gevallen de stap naar de klachtencommissie van art. 41 Bopz gezet: in 2000 106 procedures, betreffende 160 klachten. Veruit de meeste van deze procedures gaan over drie van de vijf in art. 41 genoemde beklaggronden: dwangbehandeling, dwangmiddelen en vrijheidsbeperkingen. Over de andere twee beklaggronden wordt niet of nauwelijks geklaagd. Klachten zijn doorgaans afkomstig van de patiënt, en in een enkel geval van een familielid. Mede-patiënten klagen nooit. Zo'n 30% van de klachten wordt geheel of gedeeltelijk gegrond verklaard. In zeker de helft van de gevallen overschrijdt de afhandelingsduur van de klacht binnen de instelling de wettelijke termijn.

Van de 106 geregistreerde procedures uit 2000 zijn er 32 afkomstig uit dezelfde instelling. De overige 74 procedures zijn verspreid over het land.

3.4.2 Meldingen

Jaarlijks worden er bij de Inspectie aanzienlijke aantallen dwangbehandelingen en middelen en maatregelen gemeld. Veruit de meeste van deze meldingen komen uit de psychiatrie. Dit is te verwachten, gelet op de aard van de patiëntenpopulatie en van de aan de orde zijnde gezondheidsproblematiek. Anderzijds is bekend dat ook in beide andere Bopz-sectoren maatregelen worden getroffen die onder de meldingsplicht vallen. De cijfers uit deze sectoren zijn dermate laag, dat gevreesd moet worden voor (een aanzienlijke) onderrapportage. Een duidelijke indicatie daarvoor is het gestelde in par. 3.3.2 over de impact van het geïntensiveerde toezicht van de Inspectie regio zuidwest op het aantal meldingen uit de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Uit de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric komen niet of nauwelijks art. 41-klachten. De cijfers over de meldingen wijzen uit dat de reden hiervoor maar gedeeltelijk te maken kan hebben met het ontbreken van klachtwaardige situaties. Die situaties doen zich in deze beide sectoren mogelijk minder vaak voor dan in de psychiatrie, maar zijn er wel degelijk, zeker als er –waar het om de meldingen gaat – van onderrapportage sprake is.

4

Het Bopz-klachtrecht in de psychiatrie

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de bekendheid, de werking en de effecten van het Bopz-klachtrecht in de psychiatrie centraal. Dit onderdeel van het onderzoek heeft zich gericht op algemene psychiatrische ziekenhuizen (apz-en), psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (paaz-en) en psychiatrische afdelingen van universiteitsklinieken (puk-en). Door de lage respons van puk-en en paaz-en, is besloten deze instellingen buiten de analyse te laten. Aldus geeft dit onderzoek alleen een beeld van de werking van het Bopz-klachtrecht in de praktijk van apz-en. Overigens zijn veruit de meeste art. 41-klachten afkomstig uit deze instellingen. Een art. 41-procedure in een paaz of een puk komt zelden voor.

4.1.1 Het begrip ‘versterking van de rechtspositie’

De centrale vraag van dit onderzoek is of de Bopz-regeling van het klachtrecht bijdraagt aan de versterking van de rechtspositie van de patiënt. Het is enerzijds niet eenvoudig om te ‘meten’ of als gevolg van een wettelijke regeling een rechtspositie versterkt is. Anderzijds zal een zekere mate van operationalisering van het begrip ‘versterking van de rechtspositie’ moeten worden gegeven, om conclusies te kunnen trekken over de mate waarin aan de wettelijke regeling (inclusief de uitgangspunten van de wetgever) wordt voldaan. In dit gedeelte van het onderzoek is gekozen voor een operationalisatie aan de hand van de volgende aandachtspunten:

- de mate waarin de Bopz-klachtenregeling onder de gebruikers ervan bekend is;
- de mate waarin van de klachtmogelijkheden die de Wet Bopz biedt gebruik wordt gemaakt;
- de wijze waarop de wettelijke bepalingen worden toegepast;
- de toereikendheid van de huidige wettelijke regeling;
- de uitkomsten van de Bopz-klachtmogelijkheden;
- het oordeel van de gebruikers over deze klachtmogelijkheden;
- de mate waarin zich (ongunstige) neveneffecten voordoen;
- de impact van het klachtrecht op het kwaliteitsbeleid van de instelling.

De rapportage in dit hoofdstuk is in belangrijke mate aan de hand van deze aandachtspunten gestructureerd (dit m.u.v. het tweede punt, dat in par. 3.2.2 reeds aan de orde is gekomen). In de concluderende paragraaf van dit hoofdstuk wordt op deze aandachtspunten teruggekomen.

4.2 Onderzoeksmethode

Dit deel van het onderzoek is hoofdzakelijk uitgevoerd door middel van een analyse van een aantal klachtenregelingen en door schriftelijke vragenlijsten. Er zijn vragenlijsten ontwikkeld

voor zes verschillende respondentengroepen: Raad van Bestuur, klachtencommissie, patiëntenvertrouwenspersoon, patiëntenraad, personen die een klacht hebben ingediend (klagers) en personen tegen wie een klacht is ingediend (aangeklaagden).

De vragenlijsten bevatten vragen over de volgende onderwerpen: algemene gegevens van de respondent, voorlichting over het Bopz-klachtrecht, de patiëntenvertrouwenspersoon, de Bopz-klachtencommissie, de Bopz-klachtenprocedure, beoordeling door respondenten van het Bopz-klachtrecht, en tenslotte een onderdeel voor algemene opmerkingen en suggesties.

Het grootste deel van de vragen was gesloten. Dit houdt in dat de vragen beantwoord moesten worden door een van de voorgedeede antwoorden aan te kruisen. Bij de meeste vragen maakten ook de antwoordcategorieën 'anders' en 'weet niet' deel uit van de voorgedeede antwoorden. In principe konden de respondenten per vraag telkens slechts één antwoordcategorie aankruisen. Soms konden er echter meerdere antwoorden worden gegeven. Ook was het bij sommige voorgedeede antwoorden mogelijk om een toelichting op het antwoord te geven en is er een aantal open vragen gesteld.

Voordat de vragenlijsten in de instellingen zijn verspreid, is aan de Raad van Bestuur van de instelling schriftelijk gevraagd om toestemming te verlenen voor het verspreiden van de vragenlijsten binnen de instelling. Hiertoe zijn de Raden van Bestuur van alle 39 apz-en, 8 puk-en en 55 paaz-en aangeschreven. Alle Raden van Bestuur die na de sluitingsdatum nog geen reactie hadden gegeven, zijn telefonisch verzocht alsnog te reageren.

Binnen de instellingen waar de Raad van Bestuur een positieve reactie ons verzoek had gegeven, zijn vervolgens per post de vragenlijsten verspreid. Alle vragenlijsten zijn rechtstreeks naar de desbetreffende functionarissen gestuurd. Alleen de vragenlijsten voor de klagers en aangeklaagden zijn in verband met de privacy van de betrokkenen via de (secretaris van de) klachtencommissies verspreid. Na de uiterste inzenddatum zijn alle respondenten van wie nog geen vragenlijst ontvangen was (op de anonieme klagers en aangeklaagden na), benaderd met het verzoek de vragenlijst alsnog in te vullen.

Naast het uitzetten van vragenlijsten is in het kader van dit deelonderzoek gesproken met vertegenwoordigers van het landelijk bureau van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon.

4.2.1 Respons op de vragenlijsten

Toestemming en non-respons van Raden van Bestuur van apz, puk en paaz

De Raden van Bestuur van 39 apz-en, 8 puk-en en 55 paaz-en zijn aangeschreven met het verzoek om toestemming te verlenen voor het verspreiden van de vragenlijsten binnen hun instelling. Hierop is van 36 apz-en, 7 puk-en en 24 paaz-en een reactie gekomen. De resultaten waren als volgt:

	Aangeschreven	Toestemming	Weigering	Non-respons
APZ	39	29	7	3
PUK	8	3	4	1
PAAZ	55	9	15	31

Tabel 1: toestemming en non-respons van Raad van Besturen van APZ, PUK en PAAZ

Als de voornaamste redenen om niet mee te werken werden genoemd: geen ervaring met Bopz-patiënten, geen Bopz-klachten gehad, drukte van de klachtencommissie of het personeel.

Respons vragenlijsten apz, puk en paaz

Aan de 29 apz-en, 3 puk-en en 9 paaz-en die toestemming hebben gegeven om aan het onderzoek deel te nemen, zijn per instelling 10 vragenlijsten gestuurd: 1 voor de Raad van Bestuur, 1 voor de klachtencommissie, 1 voor de cliëntenraad, 1 voor de patiëntenvertrouwenspersoon, 3 voor klagers en 3 voor aangeklaagden.

Bij de apz-en is betreft de klachtencommissies, Raden van Bestuur, patiëntenvertrouwenspersonen en patiëntenraden sprake van een hoge respons (76% tot 86%). Bij de klagers en aangeklaagden ligt de respons beduidend lager (20% respectievelijk 29%). In de onderstaande tabel wordt de respons per respondentencategorie schematisch weergegeven (zie tabel 2). Voor de overzichtelijkheid van de tabellen worden de respondentencategorieën klachtencommissie, Raad van Bestuur, patiëntenvertrouwenspersoon en patiëntenraad in de tabellen afgekort tot 'klcie', 'RvB', 'pvp' en 'patraad'.

	Verzonden	Ontvangen	Non-respons
Klcie	29	22 (76%)	7 (24%)
RvB	29	24 (83%)	5 (17%)
Pvp	29	25 (86%)	4 (14%)
Patraad	29	23 (79%)	6 (21%)
Klagers	87	17 (20%)	70 (80%)
Aangeklaagden	87	25 (29%)	62 (71%)
Totaal	290	136 (47%)	154 (53%)

Tabel 2: respons vragenlijsten APZ-en

De in de tabel genoemde responspercentages betreffen de relatie tussen enerzijds het aantal instellingen dat bereid was aan het onderzoek mee te doen (n = 29) en anderzijds het aantal instellingen uit die groep waarvan daadwerkelijk gegevens ontvangen zijn. Relateren we het aantal instellingen dat daadwerkelijk gegevens verschaft aan het totaal aantal algemene psychiatrische ziekenhuizen (n = 39) dan luiden de belangrijkste responscijfers aldus: klachtencommissies 56%, Raden van Bestuur 62%, pvp-en 64% en patiëntenraden 59%.

Bij de puk-en was de respons erg laag. Er zijn in totaal slechts 5 vragenlijsten ontvangen. De oorzaken voor de non-respons zijn divers. Ook bij de paaz-en was de respons erg laag. Er zijn in totaal slechts 19 vragenlijsten ontvangen. Door de lage positieve respons van puk-en en paaz-en, zowel met betrekking tot de toestemming van de Raad van Bestuur als het retourneren van de vragenlijsten door de respondenten, is besloten de puk-en en paaz-en buiten de analyse te laten. Met een zo beperkt aantal gegevens kan geen betrouwbaar beeld van deze beide sectoren worden gegeven.

4.3 Beperkingen van het onderzoek

Zoals gezegd was er een zeer geringe respons van paaz-en en puk-en. Om die reden zijn deze sectoren niet in dit onderzoek worden betrokken. Hierdoor geeft hett onderzoek alleen een beeld geven van de situatie in de apz-sector.

Verder moet worden opgemerkt dat er in verhouding tot het aantal klagers dat klachten heeft ingediend (volgens de IGZ-registratie 92 in 1999 en 106 in 2000), maar een relatief beperkt aantal klagers (17) en aangeklaagden (25) aan dit onderzoek hebben deelgenomen. Dit beperkte aantal klagers en aangeklaagden noopt tot enige voorzichtigheid bij het verbinden van

conclusies aan de door hen geleverde gegevens. Bovendien is gebleken dat er maar een klein deel van de klagers die aan dit onderzoek meegewerkt hebben door de klachtencommissie geheel in het ongelijk is gesteld, terwijl uit de registraties van de Stichting PVP en de IGZ blijkt dat het merendeel van de klachten ongegrond verklaard wordt. Er is sprake van een ondervertegenwoordiging van klagers die geheel in het ongelijk zijn gesteld. Bij de aangeklaagden is sprake van de tegenovergestelde situatie. Hier is er sprake van een ondervertegenwoordiging van aangeklaagden die geheel in het gelijk zijn gesteld. Ook dit kan tot een vertekend beeld leiden (een te negatief beeld).

4.4 Analyse van de klachtenreglementen

Ten behoeve van dit onderzoek zijn 21 klachtenreglementen uit apz-en geanalyseerd. Gegeven het feit dan enkele apz-en over een gecombineerde klachtencommissie beschikken, betreffen de 21 reglementen iets meer dan de helft van het totaal aantal apz-en (n = 39). De reglementen zijn geanalyseerd aan de hand van een itemlijst. Deze itemlijst komt overeen met de lijst die is gehanteerd in het kader van de eerste Bopz-evaluatie (Teijssen et al, 1996).

Vaststelling reglement

Van één reglement is niet bekend door wie het is vastgesteld. In 17 gevallen is het reglement vastgesteld door het bestuur dan wel de directie en drie maal door de Raad van Toezicht dan wel de Raad van Commissarissen.

Soort reglement

Een grote meerderheid van de 21 instellingen heeft er voor gekozen om geen apart Bopz- en WKCZ-klachtenreglement te maken, maar deze te integreren in één reglement. Alleen op die punten waar WKCZ- en Bopz-bepalingen van elkaar verschillen vindt er een opsplitsing tussen WKCZ- en Bopz-bepalingen plaats. Op deze wijze zijn 18 van de 21 reglement opgesteld. De overige drie reglementen handelen alleen over het Bopz-klachtrecht.

Van de 21 reglementen zijn er 11 bedoeld voor één enkele instelling. In 3 gevallen gaat het om een reglement opgesteld door en voor meerdere instellingen van dezelfde soort en in 6 gevallen voor meerdere instellingen van verschillende soort. Van 1 reglement is onbekend door en voor hoeveel instellingen het is opgesteld.

Bekendheid binnen de instelling

In 5 reglementen staat niets over de wijze van bekendmaking. In 16 reglementen staat dat de patiënten geïnformeerd zullen worden over de klachtregeling in het algemeen. In 3 reglementen wordt vermeld dat men de patiënten informeert over de bereikbaarheid van de klachtencommissie. Volgens 3 reglementen wordt informatie over het verloop van de procedure verstrekt aan klagers en in 2 gevallen aan aangeklaagden.

Samenstelling klachtencommissie

Het minimaal vereiste aantal leden die een klacht behandelen is drie. Uit de 22 reglementen blijkt dat dit in de praktijk van deze instellingen ook het geval is. In 15 gevallen is het minimum aantal leden die een klacht behandelen drie, in een geval vier, in twee gevallen vijf en in drie gevallen zelfs meer dan vijf.

Als we kijken naar de (on)afhankelijkheid van de leden van de klachtencommissie, blijkt dat de meeste klachtencommissies bestaan uit zowel betrokkenen als niet betrokkenen van de desbetreffende instelling. Dit is veertien keer het geval. In vier gevallen zitten er alleen betrokkenen in

de klachtencommissie en in 3 reglementen wordt hierover niets vermeld. Over de (on)afhankelijkheid van leden die klachten behandelen wordt in negen gevallen aangegeven dat klachten worden behandeld door zowel betrokkenen als niet betrokkenen. Vijf keer wordt aangegeven dat alleen niet betrokkenen klachten behandelen en in zeven gevallen staat hier in het reglement niets over beschreven.

Bemiddeling

In geen enkel reglement wordt melding gedaan van een verplicht voortraject voordat een klacht ingediend kan worden. Wel wordt in 16 gevallen vermeld dat er indien mogelijk altijd eerst een poging tot bemiddeling wordt gedaan. In 5 gevallen is hier niets over vastgelegd.

Beklaggronden

In een van de reglementen worden de klachtgronden op grond waarvan kan worden geklaagd in het geheel niet vermeld. De overige reglementen zijn op dit punt behoorlijk volledig. In twee reglementen wordt een aantal wettelijke klachtgronden niet vermeld. Naast de wettelijke klachtgronden worden "beschermende maatregelen" en "elke onvrede met medewerkers, organisatie en dienstverlening" beide ook een keer als klachtgrond genoemd.

Indienen klacht

De Wet Bopz laat niet toe dat er termijnen worden gesteld waarbinnen een klacht moet worden ingediend. Dit was ook in geen van de reglementen het geval. De eis die door de wet aan het indienen van een klacht wordt gesteld is dat dit schriftelijk gebeurt. In 20 van de 21 reglementen is dit vermeld. Bij 5 van deze 20 reglementen die dit wel vermelden, wordt bovendien gesteld dat er hulp kan worden geboden bij het op schrift stellen van de klacht. Een financiële bijdrage als voorwaarde voor het indienen van een klacht wordt nooit vermeld.

Volgens de wet mag een klacht buiten behandeling worden gelaten als een gelijke klacht van dezelfde patiënt nog in behandeling is. Alle reglementen geven dit aan. Bovendien worden er in de reglementen nog vijf andere zaken genoemd die het toe zouden laten dat een klacht niet behandeld wordt. In twee gevallen wordt een klacht die een schadeclaim inhoudt, genoemd. Verder stellen vijf reglementen dat een klacht niet behandeld hoeft te worden wanneer een gelijke klacht al bij een gerechtelijke instantie in behandeling (geweest) is.

Schorsingsbevoegdheid

Artikel 41 lid 4 geeft het bestuur de mogelijkheid om de beslissing waartegen de klacht is gericht te schorsen. Eén reglement zegt hier niets over. De andere twintig reglementen geven aan dat schorsing mogelijk is. In 13 gevallen wordt weergegeven dat deze bevoegdheid ligt bij het bestuur dan wel de directie, in 5 gevallen ligt de bevoegdheid bij de klachtencommissie. In één geval heeft de Raad van Commissarissen het recht om te schorsen en in één geval de geneesheer-directeur.

Hoor en wederhoor

Het Besluit Klachtenbehandeling Bopz stelt dat de klager en de aangeklaagde in staat moeten worden gesteld om te worden gehoord. In 19 reglementen wordt vermeld dat de klager de gelegenheid krijgt om zijn klacht toe te lichten. In 14 gevallen kan dit mondeling, in een geval schriftelijk en in vier gevallen mondeling en/of schriftelijk. In twee gevallen is onbekend of klager gelegenheid krijgt om klacht toe te lichten. Wat het horen van de aangeklaagden betreft, wordt in 20 reglementen vermeld dat de aangeklaagde de gelegenheid krijgt om zijn klacht toe te lichten. In 14 gevallen kan dit mondeling, in 2 gevallen schriftelijk en in 4 gevallen mondeling en/of schriftelijk. In een geval is onbekend of klager gelegenheid krijgt om klacht toe te lichten.

Bijstand

Het Besluit Klachtenbehandeling Bopz bepaalt ook dat zowel klager als aangeklaagde zich moeten kunnen laten bijstaan. In 20 reglementen wordt aangegeven dat dit het geval is.

Uitspraak door klachtencommissie

Volgens de wet moet de klachtencommissie binnen twee weken een uitspraak doen en het bestuur binnen 2 dagen na de uitspraak van de klachtencommissie. In 20 reglementen wordt gesteld dat de klachtencommissie binnen 2 weken na ontvangst van de klacht een uitspraak doet. Eén keer wordt beschreven dat de klachtencommissie langer dan 2 weken na ontvangst van de klacht een uitspraak doet, namelijk pas na 16 dagen.

Ook al hoort de formele eindbeslissing over de klacht bij het bestuur te liggen, het is wel mogelijk dat de beslissing van de klachtencommissie als bindend wordt bestempeld. Hiervoor wordt in 7 reglementen gekozen. In 11 gevallen is de beslissing van de klachtencommissie een advies aan het bestuur dan wel de directie en in een geval aan de Raad van Commissarissen. In 3 gevallen wordt over de status van de beslissing van de klachtencommissie niets vermeld.

Uitspraak door bestuur

Volgens de wet moet het bestuur dus binnen twee dagen na de beslissing van de klachtencommissie een uitspraak doen. Drie keer is een uitspraak van het bestuur niet nodig, aangezien de uitspraak van de klachtencommissie bindend is. In 11 reglementen wordt inderdaad gesteld dat het bestuur dit na 2 dagen dient te doen. En in 7 reglementen staat niet beschreven binnen hoeveel tijd het bestuur een uitspraak doet.

Beroep

Indien het bestuur niet tijdig een beslissing heeft genomen of indien de beslissing van het bestuur niet inhoudt dat de klacht gegrond is, kan de klager de inspecteur schriftelijk vragen een verzoekschrift in te dienen ter verkrijging van de beslissing van de rechter over de klacht. In 17 van de reglementen wordt van deze mogelijkheid melding gedaan (artikel 41 lid 7). Indien de patiënten zelf de klager is, kan hij ook zelf een verzoekschrift bij de rechter indienen ter verkrijging van diens beslissing over de klacht (artikel 41 lid 11). In 16 reglementen wordt hierop gewezen. In 11 reglementen wordt gewezen op diverse andere beroepsmogelijkheden en in 3 reglementen wordt de mogelijkheid van beroep zonder nadere specificaties vermeld. In 1 reglement wordt in het geheel niets over een mogelijkheid tot beroep vermeld.

4.5. Resultaten van het vragenlijst-onderzoek

4.5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek naar de werking van het Bopz-klachtrecht in de praktijk van apz-en worden weergegeven. Dit gebeurt aan de hand van de volgende thema's: voorlichting over het Bopz-klachtrecht, de patiëntenvertrouwenspersoon, de Bopz-klachtencommissie, de Bopz-klachtenprocedure, beoordeling van het Bopz-klachtrecht door de respondenten en overige opmerkingen en suggesties van respondenten.

De antwoorden op de verschillende vragen worden aldus thematisch en per respondentcategorie weergegeven. Bovendien worden op een aantal plaatsen de antwoorden van de verschillende respondentcategorieën met elkaar vergeleken.

4.5.2 Voorlichting over het Bopz-klachtrecht

Pas als potentiële klagers weten van het bestaan van het Bopz-klachtrecht, kunnen zij hier gebruik van maken. Informatieverstrekking over het Bopz-klachtrecht is dan ook een belangrijke voorwaarde voor een goed werkend klachtrecht. Aan de Raden van Bestuur, de patiëntenvertrouwenspersonen, de klagers en de aangeklaagden zijn hierover vragen gesteld om in kaart te brengen op welke wijze er informatie over het Bopz-klachtrecht gegeven wordt, welke informatie men geeft, of en waar patiënten het klachtenreglement in kunnen zien, in hoeverre klagers kennis hebben over het Bopz-klachtrecht, in hoeverre er in een individueel op de mogelijkheid tot klagen wordt gewezen en of de klagers en aangeklaagden tevreden zijn over de door de instelling verstrekte informatie.

Informatiebronnen

Aan de Raden van Bestuur en de patiëntenvertrouwenspersonen is gevraagd op welke wijze er binnen de instelling voorlichting wordt gegeven over het Bopz-klachtrecht. Volgens hen worden patiënten het meest geïnformeerd over het Bopz-klachtrecht door middel van folders, door de patiëntenvertrouwenspersoon, de patiëntenraad en hulpverleners. Informatieverstrekking via internet of posters komt nagenoeg niet voor. Het blijkt dat de Raden van Bestuur menen dat het geven van informatie over het Bopz-klachtrecht door hulpverleners veel vaker voorkomt dan de ervaring van de patiëntenvertrouwenspersonen is. Van de Raden van Bestuur meent 96% dat (ook) hulpverleners informatie over het klachtrecht geven, tegenover 67% van de patiëntenvertrouwenspersonen.

Vervolgens is aan de klagers gevraagd op welke wijze zij binnen de instelling over het Bopz-klachtrecht zijn geïnformeerd. Het blijkt dat alleen de informatieverstrekking door de patiëntenvertrouwenspersoon door de meerderheid van de klagers wordt genoemd. De 3 andere door de Raden van Bestuur en de patiëntenvertrouwenspersonen veel genoemde methoden van informatieverstrekking (via folders, door patiëntenraad en door hulpverleners) worden door slechts enkele klagers genoemd. In de onderstaande tabel (tabel 3) wordt een en ander schematisch weergegeven.

	RvB	Pvp	Klagers
Internet	2 - 8%	0 - 0%	0 - 0%
Posters	4 - 17%	2 - 8%	1 - 7%
Folders	22 - 92%	21 - 88%	3 - 20%
Pvp	23 - 96%	23 - 96%	10 - 67%
Patraad	15 - 63%	17 - 71%	1 - 7%
Hulpverleners	23 - 96%	16 - 67%	1 - 7%
Anders	2 - 8%	3 - 13%	2 - 13%
Geen informatie	0 - 0%	1 - 4%	0 - 0%
Weet niet	0 - 0%	0 - 0%	1 - 7%
Geen antwoord	0 - 0%	0 - 0%	0 - 0%
Totaal	24	24	15

Tabel 3: informatiebronnen BOPZ-klachtrecht (meerdere antwoorden mogelijk)

Inhoud van de informatie

Verder is aan de Raden van Bestuur en de patiëntenvertrouwenspersonen gevraagd over welke onderdelen van het Bopz-klachtrecht er informatie wordt verstrekt. Ook hier blijkt dat de Raden van Bestuur het idee hebben dat er over meer onderwerpen informatie wordt gegeven dan naar de mening van de patiëntenvertrouwenspersonen het geval is. Aan de klagers is gevraagd

welke informatie zij over het Bopz-klachtrecht hebben ontvangen. De meeste klagers hebben wel informatie ontvangen over hoe ze een klacht kunnen indienen. Het blijkt dat over andere onderwerpen zoals de beklaggronden, het verloop van de procedure en de bijstand maar weinig klagers informatie hebben gekregen, terwijl wel veel Raden van Bestuur en patiëntenvertrouwenpersoneel aangeven dat hierover informatie wordt verstrekt. In tabel 4 is een en ander schematisch weergegeven.

	RvB	Pvp	Klagers
Beklaggronden	18 - 75%	15 - 63%	5 - 33%
Indienen van klacht	23 - 96%	22 - 92%	11 - 73%
Procedure	22 - 92%	14 - 58%	6 - 40%
Bijstand	21 - 88%	18 - 75%	3 - 20%
Anders	2 - 8%	2 - 8%	0 - 0%
Weet niet	0 - 0%	0 - 0%	1 - 7%
Nvt geen informatie	0 - 0%	0 - 0%	0 - 0%
Geen antwoord	0 - 0%	0 - 0%	0 - 0%
Totaal	24	24	15

Tabel 4: inhoud van de informatie (meerdere antwoorden mogelijk)

Inzage Bopz-klachtenreglement

Aan de Raden van Bestuur en de patiëntenvertrouwenpersoneel is gevraagd waar patiënten het Bopz-klachtenreglement in kunnen zien. Dit reglement hoort op de afdeling door patiënten in te kunnen worden gezien. Van de 24 Raden van Bestuur geven 20 aan dat het reglement ook daadwerkelijk op de afdeling kan worden ingezien, terwijl de patiëntenvertrouwenpersoneel maar in 12 van de 24 gevallen aangeven dat dit het geval is. Vier patiëntenvertrouwenpersoneel geven aan dat patiënten het reglement niet kunnen inzien. In de onderstaande tabel (tabel 5) is een en ander schematisch weergegeven.

	RvB	Pvp
Afdeling	20	12
Elders	3	7
Niet	1	4
Weet niet	0	0
Geen antwoord	0	1
Totaal	24	24

Tabel 5: plaats waar patiënten BOPZ-klachtenreglement in kunnen zien

Aan de klagers is de vraag voorgelegd of zij het Bopz-klachtenreglement gezien of gelezen hebben en zo ja waar zij dit konden doen. Elf van de klagers geven aan het Bopz-klachtenreglement in het geheel niet te hebben gezien of gelezen. Slechts bij 4 klagers was dit wel het geval. Drie klagers hebben het reglement op de afdeling gelezen en een klager elders in de instelling. Ook aan de aangeklaagden is gevraagd of zij het Bopz-klachtenreglement hebben gezien of gelezen. Van de 25 aangeklaagden hebben 22 personen het reglement gelezen en 3 personen niet.

Kennis van de klagers over Bopz-klachtrecht

Om na te gaan in hoeverre de klagers daadwerkelijk kennis hebben over het Bopz-klachtrecht is aan hen gevraagd waar er op grond van de Wet Bopz volgens hen over geklaagd kan worden. Hieruit is gebleken dat de klagers maar in beperkte mate op de hoogte zijn van de mogelijke beklaggronden. De meeste personen weten wel dat er op grond van de Wet Bopz

geklaagd kan worden over dwangbehandelingen en dwangmiddelen. Ook dat er geklaagd kan worden over de beperking van bewegingsvrijheid weet bijna de helft van de respondenten. Maar de andere beklaggronden zijn bij de meeste respondenten niet bekend. In de volgende tabel (tabel 6) is per beklaggrond weergegeven in hoeverre deze bij de klagers bekend zijn.

	Klagers
Tegen de beslissing van wils(on)bekwaamheid	4
Tegen een dwangbehandeling	11
Tegen een dwangmiddel (bijvoorbeeld separatie of fixatie)	12
Tegen controle van poststukken	3
Tegen beperking van bezoek	4
Tegen beperking van bewegingsvrijheid	7
Tegen beperking van telefoonverkeer	5
Tegen het niet toepassen van het behandelplan	5
Anders	1
Weet niet	1
Geen antwoord	0
Totaal	15

Tabel 6: bekendheid van klagers met de verschillende beklaggronden (meerdere antwoorden mogelijk)

Ook is aan de klagers gevraagd wie er volgens hen een Bopz-klacht kunnen indienen. In alle gevallen is bekend dat de patiënt zelf dit kan. Bij een derde van de klagers is verder bekend dat de echtgenoot, ouders, voogd en curator/mentor van de patiënt ook een Bopz-klacht kunnen indienen. Echter dat ook medepatiënten en andere familieleden een klacht kunnen indienen is slechts bij een enkeling bekend. In de volgende tabel (tabel 7) wordt het bovenstaande uitgebreid vermeld.

	Klagers
Patiënt	15
Medepatiënt	3
Echtgenoot/(geregistreerde) partner	6
Ouders	5
Voogd	6
Curator/mentor	5
Meerderjarige bloedverwanten in de eerste lijn, niet zijnde een ouder, en in de tweede zijlijn t/m de tweede graad	3
Anders	0
Weet niet	0
Geen antwoord	0
Totaal	15

Tabel 7: bekendheid van klagers met de potentiële indieners van een klacht (meerdere antwoorden mogelijk)

Wijzen op mogelijkheid tot klagen in individueel geval

Aan de Raden van Bestuur en de patiëntenvertrouwenspersonen is gevraagd in hoeverre er, indien van toepassing, in een individueel op de mogelijkheid tot klagen wordt gewezen. Ook hier blijkt er een discrepantie te zijn tussen het beeld van de Raden van Bestuur en het beeld van de patiëntenvertrouwenspersonen. Elf maal wordt door de Raden van Bestuur weergegeven dat er in alle gevallen in een individueel op de mogelijkheid tot klagen wordt gewezen en 6 maal geeft men aan dat dit in meer dan de helft van de gevallen gebeurt. Slechts 1 patiëntenvertrouwenspersonen daarentegen heeft het idee dat er binnen zijn of haar instelling in alle

gevallen in een individueel op de mogelijkheid tot klagen wordt gewezen. En 3 patiëntenvertrouwenspersonen zeggen dat dit binnen hun instelling in meer dan de helft van de gevallen gebeurd. In tabel 8 wordt van deze gegevens een uitgebreid overzicht gegeven.

	RvB	Pvp
Altijd	11	1
Meer dan de helft van de gevallen	6	3
Helft van de gevallen	1	3
Minder dan helft van de gevallen	0	8
Nooit	0	0
Weet niet	6	9
Geen antwoord	0	0
Totaal	24	24

Tabel 8: mate waarin volgens Raden van Bestuur en patiëntenvertrouwenspersonen in individueel geval op mogelijkheid tot klagen wordt gewezen

Aan de Raden van Bestuur en de patiëntenvertrouwenspersonen is ook gevraagd welke personen een patiënt of andere potentiële klager, indien van toepassing, in een individueel geval wijzen op de mogelijkheid om te klagen. Zowel door de Raden van Bestuur als de patiëntenvertrouwenspersonen worden behandelaar, verpleging en patiëntenvertrouwenspersonen veel genoemd. Wat blijkt is dat de patiëntenvertrouwenspersonen veel vaker dan de Raden van Bestuur ook de patiëntenraad noemen als instantie die een potentiële klager in een individueel geval op de mogelijkheid tot klagen wijst. In de onderstaande tabel (tabel 9) is dit weergegeven.

	RvB	Pvp
Behandelaar	23	19
Verpleging	24	20
Pvp	24	24
Patraad	10	18
Anders	6	5
Weet niet	0	0
Nvt er wordt in individueel geval nooit op mogelijkheid tot klagen gewezen	0	0
Geen antwoord	0	0
Totaal	24	24

Tabel 9: personen die volgens Raden van Bestuur en patiëntenvertrouwenspersonen potentiële klagers in individueel geval wijzen op mogelijkheid tot klagen (meerdere antwoorden mogelijk)

Aan de klagers is gevraagd of zij met betrekking tot de specifieke situatie waarover zij een klacht ingediend hebben, op de hoogte zijn gebracht van de mogelijkheid om te klagen. Het blijkt dat meer dan de helft van de klagers aangeeft dat dit inderdaad gebeurd is (8 maal). Bij 7 klagers was dit niet het geval. Aan de 8 klagers die op de mogelijkheid tot klagen zijn gewezen, is ook gevraagd door wie ze dan van de mogelijkheid om te klagen op de hoogte zijn gesteld. In de meeste gevallen (5 maal) was dit de patiëntenvertrouwenspersoon, waarvan 2 maal samen met de patiëntenraad. Verder wordt ook 1 maal de behandelaar en een maal de verpleging genoemd als degenen die de patiënt op de mogelijkheid tot klagen hebben gewezen. Een klager heeft niet aangegeven wie hem heeft verteld over de mogelijkheid om te klagen.

Oordeel van klagers en aangeklaagden over de voorlichting

Vervolgens is aan zowel de klagers als de aangeklaagde gevraagd of zij vinden dat ze binnen de instelling voldoende voorlichting over het Bopz-klachtrecht hebben gekregen. Van de 15 klagers vinden slechts 3 personen dat ze voldoende voorlichting over het Bopz-klachtrecht hebben gehad. Elf klagers vinden dat ze niet voldoende voorlichting hebben gekregen en 1 persoon heeft bij deze vraag geen antwoord ingevuld. De aangeklaagden zijn een stuk positiever over de voorlichting over het Bopz-klachtrecht binnen de instelling. Achttien van de aangeklaagden vinden dat ze genoeg voorlichting hadden gekregen, 6 personen vinden dit niet en 1 maal is er geen antwoord op deze vraag ingevuld.

4.5.3 Vormgeving Bopz-klachtencommissie

Aan de Raden van Bestuur en de klachtencommissies zijn enkele vragen gesteld over hoe men de Bopz-klachtencommissie vorm heeft gegeven. Gevraagd is of er voor de behandeling van Bopz-klachten en WKCZ-klachten al dan niet een aparte klachtencommissie is, wat de verhouding is tussen de externe leden en interne leden van de klachtencommissie, welke disciplines er in de commissie vertegenwoordigd zijn en in hoeverre het moeilijk is om leden voor de commissie te vinden.

Aantal klachtencommissies binnen instelling

In 23 van de 24 instellingen is er één klachtencommissie die zowel de Bopz-klachten als de WKCZ-klachten behandelt. Slechts in 1 instelling zijn er aparte klachtencommissies voor Bopz-klachten en voor WKCZ-klachten.

Verhouding tussen externe en interne leden van de klachtencommissie

In de helft van de 22 klachtencommissies komt een deel van de leden van binnen de instelling en een deel van de leden van buiten de instelling, waaronder de voorzitter. In 10 van de klachtencommissies komen alle leden van buiten de instelling en in 1 commissie komen alle leden van binnen de instelling.

Disciplines vertegenwoordigd in klachtencommissie

Een psychiater en jurist zijn verplicht zitting te hebben in de Bopz-klachtencommissie en in alle 22 klachtencommissie zit dan ook een psychiater en een jurist. Verder zit er in 12 van de 22 klachtencommissies een verpleegkundige. Andere leden van de klachtencommissie die nog worden genoemd zijn: een patiëntenvertegenwoordiger/lid namens de cliëntenraad (5 maal), een verpleeghuisarts (3 maal), een ethicus/sociaal wetenschapper (2 maal), een psycholoog (2 maal), een psycholoog/psychotherapeut (2 maal), een arts (1 maal), een huisarts (1 maal), een maatschappelijk werkende (1 maal), een activiteitenbegeleidster (1 maal), een geestelijk verzorger (1 maal), een theoloog (1 maal), een stafmedewerker beleidszaken (1 maal), een organisatieadviseur (1 maal), een schade-expert (1 maal), een oud-burgemeester (1 maal) en een gepensioneerd werknemer van de organisatie (1 maal).

Beschikbaarheid leden

Bij 15 instellingen is het niet moeilijk om leden te vinden voor de Bopz-klachtencommissie, bij de overige 9 wel. Acht maal wordt het feit dat het moeilijk is om leden te vinden toegelicht. Men geeft aan dat het vooral moeilijk is om psychiaters te vinden die in de klachtencommissie zitting nemen. Dit wordt veroorzaakt doordat zij het met hun overig werk al zeer druk hebben.

4.5.4 Patiëntenvertrouwenspersoon

Binnen een apz is de aanwezigheid van een patiëntenvertrouwenspersoon verplicht. Aan de Raden van Bestuur, patiëntenvertrouwenspersonen, patiëntenraden, klagers en aangeklaagden

zijn onder andere vragen gesteld over de aanwezigheid van de patiëntenvertrouwenspersoon, de takencombinatie, de informatieplicht, de meest voorkomende beklaggronden en de taakuitvoering van de patiëntenvertrouwenspersoon.

Oordeel Raden van Bestuur en patiëntenraden over taken patiëntenvertrouwenspersoon

Zowel aan de Raden van Bestuur als aan de patiëntenraden is gevraagd wat men van de takencombinatie van de patiëntenvertrouwenspersoon (informatieverstrekking, klachtenbegeleiding en -bemiddeling en signalering) vindt. Zowel bij de Raden van Bestuur als de patiëntenraden vindt de meerderheid van de respondenten dit een goede combinatie van taken. Eenen-twintig van de 24 Raden van Bestuur vinden deze 3 taken van de patiëntenvertrouwenspersoon inderdaad een goede combinatie en 3 Raden van Bestuur vinden het geen goede combinatie, naar hun mening omdat het begrip 'bemiddeling' verwarring creëert ("De pvp is een belangenbehartiger en geen bemiddelaar die tussen de partijen staat")

Wat de patiëntenraden betreft, 21 van de 23 patiëntenraden vinden de huidige taken van de patiëntenvertrouwenspersoon een goede combinatie. Een patiëntenraad vindt dit niet en door 1 patiëntenraad is deze vraag niet beantwoord. De patiëntenraad die de huidige combinatie van taken van de patiëntenvertrouwenspersoon niet goed vindt, geeft als reden hiervoor aan dat in het geval van een omvangrijke instelling te veel taken zijn voor één persoon.

Informatieplicht van instelling versus informatieplicht van patiëntenvertrouwenspersoon

Aan de Raden van Bestuur is gevraagd hoe zij de informatieplicht van de instellingen zelf zien ten opzichte van de informatieverstrekkingstaak van de patiëntenvertrouwenspersoon. Geen enkele Raad van Bestuur vindt dat de instelling ten opzichte van de patiëntenvertrouwenspersoon een aanvullende rol heeft of dat de patiëntenvertrouwenspersoon en de instelling gezamenlijk moeten afspreken wie welk deel van de informatieverstrekking voor zijn rekening neemt. Alle Raden van Bestuur vinden dat de instelling een eigen informatieplicht heeft die los staat van de taak van de patiëntenvertrouwenspersoon. Eén Raad van Bestuur heeft geen antwoord gegeven op deze vraag.

Contact van klagers en aangeklaagden met patiëntenvertrouwenspersoon

Aan de klagers en aangeklaagden is gevraagd of ze over de klacht contact gehad hebben met de patiëntenvertrouwenspersoon. Van de 15 klagers geven er 12 aan dat dit het geval is geweest. Drie klagers geven aan van niet, waarvan 1 met de reden dat er geen patiëntenvertrouwenspersoon aanwezig was. Bij de aangeklaagden geven 13 van de 25 personen aan dat ze contact met de patiëntenvertrouwenspersoon hebben gehad over de tegen hen ingediende klacht. Bij de overige 12 aangeklaagden was dit niet het geval.

Bijdrage patiëntenvertrouwenspersoon aan bescherming van rechtspositie van patiënten

Aan de Raden van Bestuur en de patiëntenraden is gevraagd hoe zij oordelen over de bijdrage die de patiëntenvertrouwenspersoon in hun instelling levert aan de bescherming van de rechtspositie van de patiënten. Zowel de Raden van Bestuur als de patiëntenraden zijn overwegend van mening dat de patiëntenvertrouwenspersoon hier een wezenlijke bijdrage aan levert. De onderstaande tabel (tabel 10) bevat een schematisch overzicht van de antwoorden die op deze vraag door de Raden van Bestuur en de patiëntenraden zijn gegeven.

	RvB	Patraad
De pvp levert daaraan geen bijdrage	0	0
De pvp levert daaraan een kleine bijdrage	3	3
De pvp levert daaraan een wezenlijke bijdrage	19	17
Geen mening	0	2
Geen antwoord	2	1
Totaal	24	23

Tabel 10: oordeel Raden van Bestuur en patiëntenraden over bijdrage van patiëntenvertrouwenspersoon aan bescherming van rechtspositie patiënten

Oordeel klagers en aangeklaagden over rol patiëntenvertrouwenspersoon

Aan de klagers en aangeklaagden die contact gehad hebben met de patiëntenvertrouwenspersoon is gevraagd hoe ze oordelen over de rol van de patiëntenvertrouwenspersoon tijdens de klachtafhandeling. Zowel de klagers als de aangeklaagden zijn overwegend positief. In de onderstaande tabel (tabel 11) wordt een en ander uitgebreider weergegeven.

	Klagers	Aangeklaagden
Positief	7	7
Niet positief en niet negatief	4	4
Negatief	1	2
Nvt geen pvp aanwezig	1	0
Nvt geen contact met pvp gehad	2	12
Geen antwoord	0	0
Totaal	15	25

Tabel 11: oordeel klagers en aangeklaagden over rol patiëntenvertrouwenspersoon

4.5.5 Bopz-klachtenprocedure

Vóórkomen van klachtwaardige situaties waar door patiënten niets mee wordt gedaan

Aan de patiëntenvertrouwenspersonen en de patiëntenraden is gevraagd of er in de instelling waar zij werkzaam zijn volgens hen klachtwaardige situaties voorkomen waar door patiënten niets mee wordt gedaan. Zowel de patiëntenvertrouwenspersonen als de patiëntenraden zijn van oordeel dat zulke situaties voorkomen. Het enige verschil is dat de patiëntenvertrouwenspersonen het aantal gevallen wat hoger inschatten dan de patiëntenraden. In de onderstaande tabel (tabel 12) worden de antwoorden van de patiëntenvertrouwenspersonen en de patiëntenraden volledig weergegeven.

	Pvp	Patraad
Ja, dit komt vaak voor	9 - 37%	11 - 48%
Ja, dit komt af en toe voor	15 - 63%	11 - 48%
Nee, dit komt niet voor	0 - 0%	0 - 0%
Weet niet	0 - 0%	1 - 4%
Geen antwoord	0 - 0%	0 - 0%
Totaal	24 - 100%	23 - 100%

Tabel 12: oordeel patiëntenvertrouwenspersonen en patiëntenraden over vóórkomen van klachtwaardige situaties waar door patiënten niets mee wordt gedaan

Een mogelijke oorzaak voor het vóórkomen van klachtwaardige situaties waar door patiënten niets mee wordt gedaan, zou kunnen zijn dat klagers bang zijn dat het indienen van een klacht mogelijk negatieve gevolgen kan hebben voor toekomstige contacten met de hulpverlener. Aan de klagers is dan ook de vraag voorgelegd of zij bang waren dat het indienen van een klacht mogelijk negatieve gevolgen zou hebben voor toekomstige contacten met de hulpverlener. De meningen van de klagers zijn hierover verdeeld. Van de 15 klagers waren er 6 inderdaad bang dat het indienen van een klacht negatieve gevolgen zou hebben voor de toekomstige contacten met de hulpverlener. Zes klagers waren hier niet bang voor en 3 respondenten hadden hierover geen mening.

Ook de toegankelijkheid van de Bopz-klachtencommissie zou een rol kunnen spelen bij het vóórkomen van klachtwaardige situaties waar door patiënten niets mee wordt gedaan. Aan de klagers is gevraagd een oordeel te geven over de toegankelijkheid van de klachtencommissie ten aanzien van Bopz-klachten. Ook hier is het oordeel van de klagers verdeeld. Een derde van de klagers vindt de Bopz-klachtencommissie toegankelijk, een derde vindt de commissie ontoegankelijk en een derde van de klagers heeft hierover geen mening.

Klachtbemiddeling versus klachtbehandeling

Op de vraag of er door de klachtencommissie wordt geprobeerd om een klacht eerst door bemiddeling op te lossen voordat de klacht door de klachtencommissie behandeld wordt, geven de meeste klachtencommissies (9 van de 22) aan dat dit in minder dan de helft van de gevallen gebeurt. Zeven klachtencommissies zeggen dat zij dit nooit doen. Vier klachtencommissies geven aan dat zij altijd eerst een poging tot bemiddeling ondernemen en 2 klachtencommissies zeggen dat zij dit in meer dan de helft van de gevallen doen.

Aan de klagers en aangeklaagden is gevraagd of er, nadat de klacht bij de klachtencommissie was ingediend, ook eerst door de klachtencommissie werd geprobeerd om de klacht door bemiddeling op te lossen. Het blijkt dat bij meer dan de helft van de klagers en aangeklaagden door de klachtencommissies geen poging tot bemiddeling is ondernomen. Dit komt overeen met hoe vaak de klachtencommissies zelf zeggen dat ze een bemiddelingspoging ondernemen. Bij 6 van de 15 klagers en 7 van de 25 aangeklaagden is door de klachtencommissies wel een poging tot bemiddeling gedaan. Aan hen is gevraagd wat zij van de bemiddelingspoging van de klachtencommissie vonden. Het blijkt dat 2 van deze klagers en 1 van deze aangeklaagden de bemiddelingspoging van de klachtencommissies niet kunnen waarderen. De overige 4 klagers en 6 aangeklaagden waardeerden de bemiddelingspoging van de klachtencommissie wel.

Schorsing van maatregelen in afwachting van beslissing over klacht

Er zijn 2 soorten klachten: klachten die gaan over maatregelen die nog van kracht zijn of klachten die gaan over maatregelen die reeds beëindigd zijn. Indien een klacht gaat over een maatregel die nog van kracht is, kan de klager verzoeken om de maatregel waartegen de klacht gericht is in afwachting van de uitspraak over de klacht te schorsen. Over het voorkomen van het bovenstaande zijn enkele vragen gesteld aan de klachtencommissies, de klagers en de aangeklaagden. De optie dat er eventueel ook schorsingen plaats zouden kunnen vinden zonder dat hier door klagers om verzocht is, is buiten beschouwing gelaten.

Ten eerste is aan de klachtencommissies gevraagd naar de verhouding tussen het aantal klachten die gaan over maatregelen die nog van kracht zijn en klachten die gaan over maatregelen die reeds beëindigd zijn. Negen van de 22 klachtencommissies geven aan dat bij hen de meeste van de ingediende klachten over reeds beëindigde maatregelen gaan. Bij 8 klachtencommissies gaan de meeste klachten over maatregelen die nog van kracht zijn. Bij 4 klachtencommissies is de verhouding tussen deze soorten klachten ongeveer gelijk. Door een klachten-

commissie was de vraag niet te beantwoorden, omdat er de laatste jaren helemaal geen klachten bij die klachtencommissie zijn ingediend.

Aan de klachtencommissies is vervolgens gevraagd hoe vaak de maatregel waar de klacht betrekking op heeft in afwachting van de beslissing over de klacht door de Raad van Bestuur wordt geschorst. De meeste klachtencommissies geven aan dat dit in minder dan de helft van de gevallen (9 maal) of nooit (6 maal) gebeurt. In de onderstaande tabel (tabel 13) staat de complete antwoordverdeling.

	Klcie
Altijd	1
Meer dan de helft van de gevallen	2
Helft van de gevallen	0
Minder dan helft van de gevallen	9
Nooit	6
Weet niet	2
Nvt laatste jaren geen klachten	1
Nvt laatste jaren geen schorsingen	1
Geen antwoord	0
Totaal	22

Tabel 13: mate van schorsing van maatregelen in afwachting van beslissing over klacht

Ook is aan de klachtencommissies gevraagd naar de verhouding tussen het aantal verzoeken om schorsing en het daadwerkelijk aantal schorsingen. Door 10 van de 22 klachtencommissies wordt aangegeven dat honorering van het verzoek om schorsing plaatsvindt in minder dan de helft van de gevallen. Vijf klachtencommissies geven aan dat honorering van het verzoek nooit plaatsvindt. Honorering van het schorsingsverzoek in alle gevallen of meer dan de helft van de gevallen, wordt slechts door 2, respectievelijk 1 klachtencommissie aangegeven. Tabel 14 geeft een uitgebreid overzicht van het bovenstaande.

	Klcie
Altijd	2
In meer dan de helft van de gevallen	1
In de helft van de gevallen	0
In minder dan helft van de gevallen	10
Nooit	5
Weet niet	1
Nvt laatste jaren geen klachten	2
Nvt laatste jaren geen schorsingen	1
Geen antwoord	0
Totaal	22

Tabel 14: mate waarin de verzoeken om schorsing worden gehonoreerd

Bijstaan van klager en aangeklaagde tijdens klachtenbehandeling

Op grond van de Wet Bopz hebben klagers en aangeklaagden het recht om zich door een door hen zelf gekozen persoon bij te laten staan tijdens de klachtbehandeling. Aan de klachtencommissies is de vraag voorgelegd hoe vaak er door personen die een klacht hebben ingediend en personen tegen wie een klacht is ingediend van de mogelijkheid om zich door iemand bij te laten staan gebruik wordt gemaakt. Hieruit blijkt dat klagers zich veel vaker laten bijstaan dan aangeklaagden. Van de 22 klachtencommissies zeggen er 18 dat klagers zich altijd of in meer dan de helft van de gevallen laten bijstaan, bij de aangeklaagden zeggen maar 3 klachtencom-

missies dit. Met betrekking tot de aangeklaagden zeggen 16 van de 22 klachtencommissies dat aangeklaagden zich in minder dan de helft van de gevallen of nooit laten bijstaan, terwijl maar 1 klachtencommissie dit over de klagers zegt. In de onderstaande tabel is een en ander uitgebreid vermeld (zie tabel 15).

	Klagers	Aangeklaagden
Altijd	4	0
In meer dan de helft van de gevallen	14	3
In de helft van de gevallen	2	2
In minder dan helft van de gevallen	1	11
Nooit	0	5
Weet niet	0	0
Nvt laatste jaren geen klachten	1	1
Geen antwoord	0	0
Totaal	22	22

Tabel 15: mate waarin klagers en aangeklaagden zich laten bijstaan

Verder is aan de klachtencommissies gevraagd door wie klagers en aangeklaagden zich in de praktijk meestal laten bijstaan. De klagers laten zich volgens de klachtencommissies vaak door volgende personen bijstaan: de patiëntvertrouwenspersoon (door 19 klachtencommissies genoemd), familieleden (door 8 klachtencommissies genoemd), een advocaat (door 3 klachtencommissies genoemd) en medepatiënten (door 2 klachtencommissies genoemd). Een klachtencommissie heeft deze vraag niet beantwoord omdat er bij hen de laatste jaren geen klachten zijn geweest. De aangeklaagden laten zich voornamelijk bijstaan door een collega, dit wordt door 14 van de 22 klachtencommissies aangegeven. Een klachtencommissie geeft aan dat aangeklaagden zich meestal door een juridisch medewerker van de instellingen laten bijstaan en 2 klachtencommissies geven aan dat aangeklaagden zich voornamelijk door een ander soort, bij ons onbekende persoon laten bijstaan. Een klachtencommissie heeft deze vraag niet beantwoord omdat er bij hen de laatste jaren geen klachten zijn geweest en 3 klachtencommissies konden geen antwoord geven op deze vraag omdat de aangeklaagden zich bij hen nooit laten bijstaan.

Toelichten van klacht door klager en aangeklaagden

Op grond van de Wet Bopz hebben klagers en aangeklaagden het recht om hun klacht toe te lichten. Aan de klachtencommissies is gevraagd op welke wijze personen die een klacht hebben ingediend en personen tegen wie een klacht is ingediend tijdens de klachtenbehandeling hun kant van het verhaal kunnen toelichten. Van de 22 klachtencommissies geven er 20 aan dat klagers zowel mondeling als schriftelijk hun verhaal kunnen doen. De overige 2 klachtencommissies geven aan dat de klager alleen mondeling zijn verhaal kan toelichten. Wat betreft de aangeklaagden geven 21 klachtencommissies aan dat aangeklaagden zowel mondeling als schriftelijk hun verhaal toe kunnen lichten en een klachtencommissie geeft aan dat de aangeklaagde zijn verhaal alleen mondeling kan doen.

Aan de klagers en aangeklaagden is gevraagd op welke wijze ze tijdens de klachtenbehandeling hun kant van het verhaal konden toelichten en of ze vinden dat ze voldoende ruimte kregen om dit te doen. In tegenstelling tot de bovenstaande informatie die door de klachtencommissies is gegeven, blijkt uit de gegevens van de klagers en aangeklaagden, dat een groot deel van hen in de praktijk alleen maar mondeling hun verhaal konden toe lichten. Dit was namelijk het geval bij 7 van de 15 klagers en 10 van de 25 aangeklaagden. Bovendien was er 1 klager die alleen maar schriftelijk zijn kant van het verhaal kon toelichten en 1 klager die helemaal geen mogelijkheid kreeg om zijn verhaal toe te lichten. De overige 6 klagers en 15 aangeklaagden konden

hun kant van het verhaal wel zowel mondeling als schriftelijk toelichten.

Van de klagers vindt de meerderheid (9 van de 15) dat er voldoende ruimte was om hun kant van het verhaal toe te lichten, 4 klagers vinden dit niet en 2 personen hebben geen antwoord op deze vraag gegeven. De aangeklaagden zijn over het algemeen meer tevreden over de ruimte die ze kregen om hun verhaal toe te lichten dan de klagers. Van de 25 aangeklaagden vinden 22 dat ze voldoende ruimte hadden gekregen om hun verhaal te doen, de overige 3 aangeklaagden vinden dit niet.

Zorgvuldigheid klachtencommissie

Aan de klagers en aangeklaagden is gevraagd welk oordeel ze geven over de zorgvuldigheid waarmee ze door de klachtencommissie ten aanzien van de Bopz-klacht zijn bejegend. Van de klagers vindt een kleine meerderheid (8 van de 15 respondenten) dat ze door de klachtencommissie zorgvuldig zijn bejegend ten aanzien van de Bopz-klacht en 7 vinden dit niet. Bij de aangeklaagden vindt een grote meerderheid van de respondenten (18 van de 25 respondenten) dat de klachtencommissie hem of haar zorgvuldig heeft bejegend ten aanzien van de Bopz-klacht. Zeven aangeklaagden zijn deze mening niet toegedaan. De meeste klagers en aangeklaagden die vonden dat ze door de klachtencommissie niet zorgvuldig zijn bejegend, hebben hierop een toelichting gegeven.

De 7 klagers die menen niet zorgvuldig behandeld te zijn, noemen als redenen de formele houding van de commissie, de korte duur van de zitting en de ervaring dat de commissie de stukken niet goed gelezen had.

De 7 aangeklaagden die ontevreden waren over de zorgvuldigheid van de commissie noemden als redenen de overwegend juridische opstelling van de commissie, het niet volgen van de procedure en de partijdigheid van de commissie (een commissie die de patiënt meer tijd gaf om te praten dan de aangeklaagde; een commissie die na de zitting met de patiënt en de pvp bleef napraten).

Status uitspraak klachtencommissie

Aan de Raden van Bestuur is gevraagd wat de status is van de uitspraken van de klachtencommissie. Bij 18 van de 24 instellingen zijn de uitspraken van de klachtencommissie een advies aan de Raad van Bestuur. In 3 gevallen is de uitspraak van de klachtencommissie bindend en in een geval is de uitspraak van de klachtencommissie een advies aan de Raad van Toezicht. Twee maal is deze vraag niet beantwoord.

Afhandeltermijn van klachten door bestuur

Aan de Raden van Bestuur is de vraag voorgelegd in hoeverre het hen lukt om de klachten binnen de daarvoor gestelde termijn (2 dagen) af te handelen. Hieruit blijkt dat het de Raden van Bestuur iets beter dan de klachtencommissies lukt om klachten binnen de wettelijk vastgestelde termijn af te handelen. Van de 24 Raden van Bestuur zeggen 6 Raden van Bestuur dat het hen altijd lukt om de klachten binnen 2 dagen af te handelen. Zes andere Raden van Bestuur zeggen dat hen dit in meer dan de helft van de gevallen lukt. Een Raad van Bestuur geeft aan ongeveer de helft van de klachten binnen 2 dagen af te kunnen handelen. Vijf Raden van Bestuur kunnen slechts in minder dan de helft van de gevallen de klachten binnen de vastgestelde termijn afhandelen en 2 Raden van Bestuur lukt dit nooit. Een Raad van Bestuur heeft de vraag niet beantwoord.

Mate waarin Raad van Bestuur uitspraak van klachtencommissie overneemt

Aan de 21 van de 24 Raden van Bestuur waarbij de uitspraak van de klachtencommissie niet

bindend is, is gevraagd in hoeverre zij over het algemeen de uitspraak van de klachtencommissie overnemen. Dit blijkt zeer vaak het geval te zijn. Negen van de 21 Raden van Bestuur zeggen dat zij in principe altijd de uitspraak van de klachtencommissie overnemen en 11 zeggen dat zij dit in meer dan de helft van de gevallen doen. Een Raad van Bestuur heeft geen antwoord gegeven op deze vraag.

Uitspraken klachtencommissie als aanleiding tot structurele veranderingen van beleid

Aan de klachtencommissies is gevraagd hoe vaak het voorkomt dat een uitspraak van hen aanleiding geeft tot structurele veranderingen van het beleid van de instelling. Dit blijkt niet zo vaak het geval te zijn. Tien van de 22 klachtencommissies geven aan dat dit bij minder dan de helft van de uitspraken het geval is en 4 klachtencommissie zeggen dat dit nooit zo is. Een klachtencommissie geeft aan dat hun uitspraken altijd aanleiding geven tot structurele veranderingen van beleid van de instelling en een klachtencommissie zegt dat dit bij meer dan de helft van de uitspraken het geval is. Vijf klachtencommissie weten niet hoe vaak het voorkomt dat hun uitspraak aanleiding geeft tot structurele veranderingen van beleid van de instelling. Een klachtencommissie kon deze vraag niet beantwoorden omdat er de laatste jaren geen klachten waren.

Ook aan de Raden van Bestuur is gevraagd hoe vaak het voorkomt dat een uitspraak van de klachtencommissie aanleiding geeft tot structurele veranderingen van het beleid van de instelling. Ook zij geven aan, net als de klachtencommissies, dat dit niet zo vaak het geval is. Van de 24 Raden van Bestuur zeggen er 18 dat dit bij minder dan de helft van de uitspraken het geval is en 1 Raad van Bestuur geeft aan dat dit nooit zo is. Slechts 2 Raden van Bestuur zeggen dat een uitspraak van de klachtencommissie in meer dan de helft van de gevallen aanleiding geeft tot structurele veranderingen van het beleid van de instelling. Door 3 Raden van Bestuur is deze vraag niet beantwoord.

Vervolgens is aan de Raden van Bestuur gevraagd welke middelen er worden gebruikt indien uitspraken van de klachtencommissie nopen tot structurele veranderingen van het beleid van de instelling. De volgende middelen worden veel gebruikt: aanpassing van richtlijnen en protocollen (door 17 Raden van Bestuur genoemd), verspreiden van informatie binnen de instelling of de afdeling (door 16 Raden van Bestuur genoemd), bespreking met afdelingshoofden (door 15 Raden van Bestuur genoemd), bespreking op de afdeling (door 9 Raden van Bestuur genoemd), maatregelen ten aanzien van medewerkers (door een Raad van Bestuur genoemd), bespreken met A-opleider (door 1 Raad van Bestuur genoemd) en andere niet toegelichte middelen (door 2 Raden van Bestuur genoemd). Vijf maal is deze vraag niet beantwoord, waarvan 1 maal omdat de uitspraken van de klachtencommissie binnen die instelling nooit aanleiding geven tot structurele veranderingen van beleid.

4.5.6 De mening van de respondenten over Bopz-klachtrecht

Aan alle respondenten zijn vragen voorgelegd over de mening die zij hebben over de werking van het Bopz-klachtrecht in de praktijk. Ten eerste is de respondenten gevraagd een algemeen oordeel te geven over de werking van het Bopz-klachtrecht in de praktijk, ook is hierbij naar een toelichting gevraagd. Verder is gevraagd of men problemen en knelpunten in de praktijk ervaart die voortkomen uit het huidige Bopz-klachtrecht. Ook hierbij is gevraagd om een toelichtingen te geven. Tenslotte is aan alle respondenten de vraag gesteld of zij vinden dat er bepaalde aanpassingen in het Bopz-klachtrecht nodig zijn en zo ja welke.

Beoordeling Bopz-klachtrecht

Aan de Raden van Bestuur, de patiëntenvertrouwenspersonen, de patiëntenraden en de

klachtencommissies is gevraagd een oordeel te geven over de werking van het Bopz-klachtrecht in praktijk. Men kon de vraag beantwoorden met goed, voldoende, matig, slecht, zeer slecht en geen mening. De meerderheid van alle respondenten is van oordeel dat het Bopz-klachtrecht in de praktijk voldoende of matig werkt. Toch varieert het oordeel dat de respondenten hebben sterk per respondentencategorie. Zo vindt ongeveer 25% van de Raden van Bestuur en klachtencommissies dat het Bopz-klachtrecht goed functioneert tegenover slechts 4% en 8% van de patiëntenvertrouwenspersonen respectievelijk patiëntenraden. Bovendien vinden 8% van de patiëntenvertrouwenspersonen en 13 % van de patiëntenraden dat het Bopz-klachtrecht slecht tot zeer slecht functioneert, terwijl 0% van de Raden van Bestuur en klachtencommissies dit vinden. Verder blijkt dat 35% van de patiëntenraden en 14% van de klachtencommissies geen mening heeft over de werking van het Bopz-klachtrecht in de praktijk. In onderstaande tabel (tabel 16) wordt het bovenstaande uitgebreid weergegeven.

	RvB	Pvp	Patraad	Klcie
Goed	6 - 25%	2 - 8%	1 - 4%	5 - 23%
Voldoende	7 - 29%	6 - 25%	3 - 13%	11 - 50%
Matig	8 - 33%	12 - 50%	5 - 22%	3 - 14%
Slecht	0 - 0%	2 - 8%	2 - 9%	0 - 0%
Zeer slecht	0 - 0%	0 - 0%	1 - 4%	0 - 0%
Geen mening	1 - 4%	0 - 0%	8 - 35%	3 - 14%
Geen antwoord	2 - 8%	2 - 8%	3 - 13%	0 - 0%
Totaal	24 - 100%	24 - 100%	23 - 100%	22 - 100%

Tabel 16: oordeel van Raden van Bestuur, patiëntenvertrouwenspersonen, patiëntenraden en klachtencommissies over werking van BOPZ-klachtrecht in de praktijk

Door een groot aantal respondenten is een toelichting op hun oordeel gegeven.

De Raden van Bestuur die 'goed' hebben geantwoord, wijzen erop dat het klachtrecht de kennis van de medewerkers over de wet bevordert en daardoor de juiste toepassing ervan. Het klachtrecht leidt tot meer bewustwording inzake patiëntenrechten. De Raden van Bestuur die 'voldoende' hebben aangekruist zijn het in grote lijnen met de meer positieve collega's eens, maar accentueren enkele knelpunten, in het bijzonder de korte termijnen. Ook wijzen zij erop dat de toegankelijkheid van de klachtenregeling voor minder mondige mensen verbeterd zou kunnen worden. De meer negatief oordelende Raden van Bestuur wijzen erop dat door het Bopz-klachtrecht een cultuur van juridisering ontstaat. Zij geven de voorkeur aan het oplossen van klachten in laagdrempeliger bemiddelstrajecten. Deze Raden van Bestuur merken voorts op dat de uitspraken van de commissie de behandeling van de patiënt soms belemmeren en dat er nog nauwelijks sprake is van 'kruisbestuiving' tussen uitspraken van de commissie en andere onderdelen van het kwaliteitsbeleid van de instelling.

De patiëntenvertrouwenpersonen zijn maar matig tevreden over de Bopz-procedure. Enkele pvp-en prijzen de toegankelijkheid van de klachtencommissie en de bekendheid van de klachtenregeling, maar een groot aantal van hun collega's laten zich kritisch uit over de wijze waarop de instelling patiënten over het klachtrecht informeert, over de hoe drempel van de commissie, over de kwaliteit en de onafhankelijkheid van de commissies, over de duur en de belasting voor de patiënt van de procedure en over de gebrekkige follow-up die instellingen aan uitspraken van klachtencommissies geven.

De klachtencommissies zijn over het geheel genomen weer wat positiever. Zij hebben de indruk dat de Bopz-procedure in een behoefte voorziet en voldoende toegankelijk is. Bovendien zijn zij overwegend van mening dat de klachten van patiënten serieus behandeld worden. Negatiever zijn de commissies over de veel te krappe termijnen. Een aantal commissies benadrukt het belang van goede ondersteuning, door een deskundige secretaris. Enkele commissies relativeren de betekenis van het klachtrecht, door erop te wijzen dat het vaak om een beoordeling achteraf gaat. Ingrijpen in een actuele situatie is maar zelden aan de orde. Wel waarderen patiënten het dat zij achteraf toch nog de gelegenheid krijgen de zaak aan een onafhankelijke commissie voor te leggen.

De patiëntenraden tenslotte geven aan dat het klachtrecht zich deels buiten hun blikveld bevindt. Een aantal raden is van mening dat patiënten onvoldoende over het klachtrecht worden geïnformeerd.

Problemen en knelpunten in de praktijk die voortkomen uit het huidige Bopz-klachtrecht

Aan alle respondenten is gevraagd of zij in de praktijk problemen of knelpunten ervaren die voortkomen uit het huidige Bopz-klachtrecht. De overgrote meerderheid van de respondenten (65%) antwoordt daarop bevestigend. Het blijkt dat de klagers en aangeklaagden degenen zijn die het minst aangeven dat er problemen of knelpunten zijn.

De Raden van Bestuur noemen vooral de korte wettelijke termijnen, de verhouding tussen de klachtencommissie en de instellingsverantwoordelijkheid voor veiligheid en bescherming, het ontbreken van een beroepsmogelijkheid voor in het ongelijk gestelde aangeklaagden en de juridisering die het gevolg is van de art. 41-procedure.

De patiëntenvertrouwenspersonen attenderen erop dat er te weinig gebruik wordt gemaakt van de schorsingsbevoegdheid, dat er aanzienlijke kwalitatieve verschillen zijn tussen de klachtencommissies, dat patiënten soms bevreesd zijn om een klacht in te dienen en dat het ongewenst is dat het bestuur van de instelling de mogelijkheid heeft om een oordeel van de klachtencommissie te overrulen.

Patiëntenraden erop dat de Bopz-klachtenprocedure onder patiënten nog te weinig bekend is. Ook is naar hun mening niet altijd duidelijk wat er met de uitspraak van de klachtencommissie gebeurt. Op aanbevelingen van de commissie wordt door de instelling niet of te vrijblijvend gereageerd.

De klachtencommissies ervaren vooral de korte wettelijke termijnen als een probleem, zowel waar het gaat om de twee weken waarbinnen de commissie moet oordelen als om de tweedagen-termijn die het bestuur vervolgens heeft.

Naar de mening van de klagers doen zich twee knelpunten voor: er is te weinig informatie over het klachtrecht en de klachtencommissie is onvoldoende neutraal.

De aangeklaagden laken de matige bescherming van de persoon tegen wie de klacht zich richt, en het ontbreken van een beroepsmogelijkheid voor aangeklaagden. Sommige aangeklaagden menen dat het klachtrecht uit balans is: een patiënt kan keer op keer klagen, en de klachtenprocedures en de uitkomsten daarvan bemoeilijken een goede behandeling.

Aanpassingen ter verbetering van het Bopz-klachtrecht

Vervolgens is aan alle respondenten gevraagd of er aanpassingen in het Bopz-klachtrecht nodig zijn. De meerderheid van de respondenten (62%) vindt dat er aanpassingen in het

klachtrecht nodig zijn, 12% vindt van niet en 22% van de respondenten weet het niet. De overige 5% van de respondenten heeft de vraag niet beantwoord. Het blijkt dat het weer de klagers en aangeklaagden zijn die het meest aangeven dat er geen aanpassingen nodig zijn.

Door de meeste respondenten die vinden dat er aanpassingen in het klachtrecht nodig zijn, wordt ook aangegeven welke aanpassingen zij dan noodzakelijk vinden. Hieronder worden de gewenste aanpassingen per respondentencategorie weergegeven.

Een aantal Raden van Bestuur pleit voor een accentuering van de bemiddelingsfase. Een lid van de klachtencommissie zou moeten trachten te bemiddelen, alvorens de commissie de klacht formeel in behandeling neemt. Voorts wordt gewezen op het belang van een goede ondersteuning van de klachtencommissie en op de noodzaak van verlenging en differentiatie van de termijnen waarbinnen klachten moeten zijn afgehandeld.

De patiëntenvertrouwenspersonen zijn van mening dat strengere kwaliteitseisen moeten worden gesteld aan de commissies. Ook pleiten zij ervoor de rol van het bestuur in de klachtenprocedure te schrappen, door de commissie beslissingsbevoegdheid te geven. Een aantal pvp-en merkt op dat de wettelijke klachtenregeling op zich goed in elkaar steekt, maar dat de uitvoering nog sterk verbeterd moet worden, met name ook op het punt van de informatieverstrekking door de instelling.

De klachtencommissies pleiten vrijwel zonder uitzondering voor ruimere termijnen.

Een aantal patiëntenraden is van mening dat in de commissie een vertegenwoordiger moet worden opgenomen uit de kring van cliëntenorganisaties. Ook wordt een meldingsplicht van aanbevelingen van de commissie aan de patiëntenraad voorgesteld. Voor het overige wordt herhaald wat ook al bij andere vragen is opgemerkt: er moet meer informatie over het klachtrecht worden verstrekt en de patiëntenraad zou moeten worden betrokken bij het omzetten van klachtuitkomsten in kwaliteitsbeleid.

De klagers stellen voor dat beter naar patiënten wordt geluisterd en dat in klachtencommissies geen leden uit de eigen instelling deelnemen. Naar hun mening behoort de onafhankelijkheid van de commissie c.q. van de klachtenprocedure te worden versterkt.

Aangeklaagden wensen dat de inbreng van medici in de klachtenprocedure wordt versterkt en dat de mogelijkheid wordt gecreëerd dat aangeklaagden in beroep kunnen gaan. Ook benadrukken zij dat aan de formele behandeling van de klacht door de commissie een fase van bemiddeling vooraf moet gaan.

4.5.7 Opmerkingen en suggesties

Ter afsluiting van het onderzoek naar de werking van het Bopz-klachtrecht in de praktijk is aan alle respondenten de vraag voorgelegd of men nog opmerkingen of suggesties heeft met betrekking tot aspecten van het Bopz-klachtrecht die in de vragenlijst niet aan de orde zijn gekomen. De meerderheid van de respondenten (61%) heeft geen verdere opmerkingen of suggesties. Door 30% van de respondenten worden echter wel opmerkingen of suggesties gegeven. De meeste opmerkingen of suggesties worden gegeven door de klagers (40% van hen heeft opmerkingen of suggesties) en de minste door de aangeklaagden (slechts 6% heeft opmerkingen of suggesties).

De Raden van Bestuur zouden graag een beter inzicht hebben in de jurisprudentie van de

verschillende klachtencommissies. Nu worden maar weinig uitspraken gepubliceerd. Ook wordt genoemd het belang van integratie en uniformering van de klachtenregelingen uit de Wet Bopz en de WKCZ.

Patiëntenvertrouwenspersonen noemen het ontbreken van een met art.41 Bopz vergelijkbare klachtenregeling voor vrijwillig opgenomen patiënten. Enkele pvp-en pleiten ervoor het toezicht van de Inspectie op de kwaliteit van de klachtencommissies te intensiveren. Ook wordt voorgesteld een regeling voor schadevergoeding bij gegrond verklaarde klachten in de wet op te nemen.

Door twee patiëntenraden wordt voorgesteld ook in de ambulante zorg patiëntenvertrouwenspersonen verplicht te stellen.

Volgens een aantal aangeklaagden is de drempel voor klagers te laag. Zij menen dat de juridiserende werking die uitgaat van de art. 41-procedure demotiverend werkt op hulpverleners.

4.6 De ervaringen van de Stichting PVP

In de jaren sinds de inwerkingtreding van de Wet Bopz is in het bijzonder door de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon veel ervaring opgedaan met het Bopz-klachtrecht. Om die reden is, in aanvulling op de informatie die in het kader van de vragenlijst door een aantal patiëntenvertrouwenspersonen is verstrekt, gesproken met vertegenwoordigers van het landelijk bureau van de stichting. Het doel hiervan was zicht te krijgen op algemene ervaringen en opvattingen omtrent het Bopz-klachtrecht. Het landelijk bureau van de stichting is de plaats waar de ervaringen van de individuele patiëntenvertrouwenspersonen bijeen worden gebracht.

In de visie van de Stichting PVP houdt de stabilisering, of zelfs lichte teruggang, van het aantal art. 41-klachten (zie par. 3.2.2) verband met een aantal oorzaken. De indruk bestaat dat er een zekere afname is van het aantal situaties waarin dwang wordt toegepast. Dit kan ermee te maken hebben dat instellingen, mede door toedoen van het klachtrecht, attenter zijn op het onderscheid tussen situaties waarin dwang wel en niet geoorloofd is. De patiëntenvertrouwenspersonen vernemen van behandelaars en verplegend personeel regelmatig opmerkingen in die trant. Ook heeft men de indruk dat patiënten in meer situaties aanvaarden dat dwang nodig is. Weliswaar verzetten zij zich op het actuele moment tegen de dwangtoepassing, maar de behoefte om daar (achteraf) over te klagen is wat afgenomen.

Aan de andere kant is in de visie van de stichting duidelijk dat de mate waarin van het klachtrecht gebruik gemaakt wordt, mede wordt bepaald door de informatie die de patiënt heeft of krijgt en door de mogelijkheid om zich te laten bijstaan. De algemene indruk is dat instellingen nog steeds te weinig doen aan bekendmaking van het klachtrecht. Instellingen denken al snel dat de pvp daarvoor wel zal zorgen.

Het geringe aantal art. 41-klachten in paaz-en en puk-en is naar de mening van de stichting te verklaren uit de volgende factoren: er is nog geen pvp of deze is maar zeer beperkt aanwezig, de opnameduur in een paaz of puk is aanzienlijk korter, er worden verhoudingsgewijs veel minder mensen met een Bopz-maatregel opgenomen en in deze instellingen komen veel minder situaties voor die tot een klacht op grond van art. 41 kunnen leiden.

In het algemeen is er binnen de instellingen een goede verhouding tussen de werkzaamheden

van de pvp en die van de art. 41-commissie. Het merendeel van de klachten kan door de pvp adequaat worden afgehandeld. In een beperkt aantal situaties volgt de stap naar de commissie. Problematisch is wel de beroepsprocedure bij de rechter. Veel meer commissie-uitspraken dan thans het geval is verdienen het om door de patiënt aan de rechter te worden voorgelegd. Patiënten hebben echter vaak grote aarzelingen bij de gang naar de rechter: men durft niet goed, men ziet op tegen zo'n formele procedure en de duur daarvan etc. Een drempel is ook dat enkele rechtbanken bij een art. 41-procedure aan de klager griffierecht vragen.

In de praktijk doen zich volgens de stichting met betrekking tot het rechterlijke deel van art. 41 problemen voor op twee gebieden. Een nadeel is dat een patiënt die in een art. 41-procedure gelijk krijgt en schadevergoeding wil, daarvoor een aparte procedure moet beginnen. Het zou beter zijn art. 28 Bopz in die zin uit te breiden, dan wel om de art. 41-rechter de mogelijkheid te geven ook over schadevergoeding te oordelen. Een andere punt is de mogelijkheid voor de rechter om een maatregel te schorsen. De Wet Bopz zegt daar niets over. De stichting is er een voorstander van dat de art. 41-rechter de mogelijkheid krijgt in afwachting van het eindoordeel een voorlopige voorziening te treffen, naar analogie van de bevoegdheid van de kantonrechter ter zake op grond van art. 116 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering.

De stichting heeft het idee dat er wel degelijk invloed uitgaat van uitspraken van de klachtencommissie op het kwaliteitsbeleid van instellingen of afdelingen daarvan, zij het minder dan mogelijk is. Vaak gaat het om incidentele, vaak ernstige situatie, die tot een bepaalde aanpassing van het beleid leiden. Een duidelijke vooruitgang is wel dat onder invloed van het klachtrecht de dossiers van behandelaars beter worden bijgehouden. Over de gebrekkige kwaliteit van dossiers hebben veel commissies, maar ook de Inspectie, zich de afgelopen jaren vaak kritisch uitgelaten. Er is in de praktijk verbetering te bespeuren, hoewel gebrekkige dossiers ook nog regelmatig voorkomen. De pvp-en weten dat op grond van de uitoefening van het eigen inzage-recht.

4.7 Conclusies

In par. 4.1.1 zijn de aandachtspunten genoemd die in het kader van dit deel van het onderzoek zijn gehanteerd, en die het mogelijk moeten maken te komen tot een oordeel over de mate waarin in de sector psychiatrie door het Bopz-klachtrecht de rechtspositie van de patiënt wordt versterkt. De resultaten van dit onderzoek worden hieronder aan de hand van deze aandachtspunten besproken, waar nodig in samenhang met bevindingen uit eerdere hoofdstukken van deze rapportage.

De mate waarin de Bopz-klachtenregeling onder de gebruikers ervan bekend is

Het antwoord op deze vraag kan maar in beperkte mate direct uit dit onderzoek worden afgeleid. De in dit onderzoek betrokken klagers hebben de informatie over het Bopz-klachtrecht in overwegende mate van de pvp gekregen en in veel mindere mate van medewerkers van de instelling. Ook de antwoorden op de vragen die ter zake aan de Raden van Bestuur en de pvp-en zijn gesteld, wijzen uit dat het accent heel duidelijk bij de informatieverstrekking door de pvp ligt, en dat de instellingen nog steeds te weinig doen aan de op hen rustende wettelijke verplichtingen betreffende informatieverstrekking over het klachtrecht. Dit maakt het aannemelijk dat een aantal onvrijwillig opgenomen patiënten niet van het klachtrecht gebruik maakt omdat zij niet of onvoldoende daarvan op de hoogte zijn.

De mate waarin van de klachtmogelijkheden gebruik wordt gemaakt

De Wet Bopz biedt de onvrijwillig opgenomen patiënt twee klachtmogelijkheden: de bijstand van

de pvp en de mogelijkheid om een klacht voor te leggen aan de art. 41-commissie. Uit de in Hoofdstuk 3 genoemde gegevens blijkt dat veel patiënten de weg naar de pvp weten te vinden. Deze functionaris speelt in het traject van klachtenafhandeling een zeer belangrijke rol. Het jaarlijkse aantal art. 41-procedures vertoont schommelingen, maar ligt gemiddeld op ongeveer 100.

De wijze waarop de wettelijke bepalingen worden toegepast

Uit de eerste evaluatie bleek een aanzienlijke discrepantie te bestaan tussen de tekst van de wet en die van de klachtenreglementen van de instellingen. Deze discrepantie is sterk verminderd. Er zijn nog steeds klachtenreglementen die belangrijke wettelijke aspecten niet noemen of die bepalingen bevatten die strijdig zijn met de wet, maar het algemene beeld dat oprijst uit de analyse van de reglementen is aanzienlijk gunstiger dan het beeld uit 1996.

Hiervoor is al aangegeven dat de wettelijke plicht van de instelling om patiënten over het klachtrecht te informeren nog niet goed wordt nageleefd. Ten aanzien van de toepassing van de Bopz-bepalingen inzake de samenstelling van de klachtencommissie, de schorsingsbevoegdheid van (nu nog) het bestuur, hoor en wederhoor doen zich blijkens het onderzoek geen grote problemen voor. Wel is het nog steeds zo dat de thans geldende afhandelingstermijnen voor klachtencommissie en rechter in een aanzienlijk aantal gevallen niet gehaald worden. Ongeveer de helft van de in dit onderzoek betrokken klagers en een aantal patiëntenvertrouwenspersonen zijn kritisch over de deskundigheid van de commissies, hetgeen relevant is in verband met de terzake geldende wettelijke eis (Art. 3 Besluit klachtenbehandeling).

De toereikendheid van de wettelijke bepalingen

De huidige wettelijke regeling van het Bopz-klacht bevat problematische punten die ook in de eerste evaluatie zijn geconstateerd en die gedeeltelijk worden gerepareerd door de inmiddels aangenomen maar ten tijde van dit onderzoek nog niet in werking getreden Wet van 22 juni 2000, Stb. 292 (zie nader Hoofdstuk 5). De belangrijkste daarvan is de krappe afhandelingstermijn. Van de zijde van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon wordt gewezen op defecten in de huidige regeling die deels ook uit de in par. 2.4 gegeven analyse van de rechtspraak naar voren komen en die zich vooral op het niveau van de tweede fase van de art. 41-procedure (het beroep op de rechter) bevinden: de mogelijkheid voor de rechter om een maatregel te schorsen en de mogelijkheid voor de patiënt om schadevergoeding te krijgen bij een gegrond verklaarde klacht.

De uitkomsten van de Bopz-klachtmogelijkheden

De gegevens hierover zijn te vinden in Hoofdstuk 3. Waar het gaat om de bijstand door een pvp, weet deze in een aanzienlijk aantal gevallen voor de patiënt een bevredigende oplossing van de klacht of het probleem te bereiken. Van de 161 klachten die aan de orde waren in de 106 in 2000 geregistreerde art. 41-procedures werd 31% geheel of gedeeltelijk gegrond verklaard. Dat is een lager percentage dan in de eerste evaluatie gevonden werd (41%). Zonder nader onderzoek kan over die daling geen oordeel worden gegeven.

Het oordeel van de gebruikers over de Bopz-klachtmogelijkheden

Met betrekking tot de pvp kan worden geconstateerd dat de activiteiten van deze functionaris brede waardering genieten. Alle respondenten achten het van groot belang dat door de pvp op een relatief eenvoudige en snelle wijze wordt getracht klachten en vragen weg te nemen. Met betrekking tot de art. 41-procedure is een meerderheid uit de groepen 'Raad van Bestuur' en 'Klachtencommissie' in algemene zin van mening dat dit klachtrecht goed tot voldoende werkt. De pvp-en zijn op grond van een aantal overwegingen kritischer. De belangrijk deel van de patiëntenraden (35%) heeft hierover geen mening. De ervaringen van de klagers en de aange-

klagden kunnen worden afgeleid uit hun meningen over de zorgvuldigheid van de commissie. Een kleine meerderheid van de klagers en een grotere meerderheid van de aangeklaagden is van oordeel dat de commissie zorgvuldig is geweest (zie overigens de kanttekening in de tweede alinea van par. 4.3).

De mate waarin zich (ongunstige) neveneffecten voordoen

De effectiviteit en doeltreffendheid van het Bopz-klachtrecht kan deels teniet worden gedaan door ongunstige neveneffecten van de wettelijke regeling. Uit het onderzoeken komen enkele aanwijzingen voor neveneffecten naar voren. Zo wijzen een aantal Raden van Bestuur erop dat door het klachtrecht een cultuur van juridisering ontstaat en dat door de aanpak en de uitspraken van de klachtencommissie de behandeling van de patiënt geschaad kan worden. Van neveneffecten op een zodanige schaal dat daarvan een belemmering op de toepassing en gebruikmaking van het klachtrecht uitgaat, is in het onderzoek echter niet gebleken.

De impact van het klachtrecht op het kwaliteitsbeleid van de instelling

Niet alleen de individuele aspecten van de activiteiten van pvp-en, klachtencommissies en rechters in het kader van het Bopz-klachtrecht kunnen een bijdrage leveren aan verbetering van de rechtspositie van de patiënt. Deze activiteiten kunnen ook tot structurele verbetering van de kwaliteit van zorg (inclusief de rechtspositie) aanleiding geven, bijvoorbeeld door zogenaamde 'signalen' van de kant van de pvp, of door algemene aanbevelingen in uitspraken van klachtencommissies en rechters. Uit het onderzoek blijkt dat dit nog maar in beperkte mate het geval is. Deze bevinding komt overeen met die uit het onderzoek naar de evaluatie van de Wet klachtrecht (Friele e.a., 1999). De relatie klachtrecht-kwaliteitsbeleid is ook in de psychiatrie nog niet erg ontgonnen.

Afsluitende conclusie

De bijdrage van de klachtenregeling van de Wet Bopz aan de versterking van de rechtspositie van de patiënt is beter naarmate meer van de volgende vragen met ja kunnen worden beantwoord:

1. is de regeling voldoende bekend?;
2. wordt er van de klachtmogelijkheden gebruik gemaakt?;
3. worden de wettelijke bepalingen goed nageleefd;
4. zijn de wettelijke bepalingen toereikend om het beoogde doel te bereiken;
5. dragen de uitkomsten van de klachtmogelijkheden bij aan de rechtspositie van de patiënt?;
6. is het oordeel van de gebruikers over de klachtmogelijkheden (overwegend) positief?;
7. worden ongunstige neveneffecten voorkomen?;
8. werkt het klachtrecht door in het kwaliteitsbeleid van de instelling?

Nog niet al deze vragen kunnen volmondig met ja worden beantwoord. Uit het voorafgaande blijkt dat met betrekking tot van de genoemde punten nog duidelijke verbeteringen mogelijk zijn. Alles overziend kan evenwel op grond van de onderzoeksresultaten, in relatie tot de genoemde vragen, worden geconcludeerd dat het Bopz-klachtrecht (pvp gecombineerd met de art. 41-procedure) in de sector een wezenlijke bijdrage levert aan de rechtspositie van de patiënt. De bekendheid van de art. 41-procedure kan verbeterd worden.

5

De wijziging van het Bopz-klachtrecht

5.1 Inleiding

Naar aanleiding van de uitkomsten van de eerste evaluatie van de Wet Bopz (zie par. 2.2.3) is besloten de regeling van het Bopz-klachtrecht te wijzigen. Hiertoe werd in mei 1999 aan de Tweede Kamer een wetsvoorstel voorgelegd. Dit wetsvoorstel haalde in 2000 de parlementaire eindstreep (Wet van 22 juni 2000, Stb. 292). De wijzigingen van het Bopz-klachtrecht die uit dit wetsvoorstel voortvloeien, waren ten tijde van dit evaluatieonderzoek nog niet in werking getreden. Het was dan ook niet mogelijk onderzoek te doen naar de gevolgen in de praktijk. Wel is in het kader van dit onderzoek aan de meest betrokken partijen gevraagd naar hun mening over het wetsvoorstel. Hiertoe is in de in par. 4.2 genoemde schriftelijke vragenlijst aan de Raden van Bestuur, de patiëntenvertrouwenspersonen, de klachtencommissies en de patiëntenraden een aantal vragen opgenomen. De reacties daarop worden in par. 5.2 weergegeven. In par. 5.3 wordt verslag gedaan van een bijeenkomst die GGZ-Nederland organiseerde op 22 november 2000. Tijdens deze bijeenkomst werd door omstreeks 15 Bopz-klachtencommissies uit psychiatrische ziekenhuizen over de wetswijziging van gedachten gewisseld.

De wetswijziging houdt kort gezegd het volgende in:

- De rol van het bestuur in de klachtenprocedure van art. 41 wordt beperkt tot het instellen van een klachtencommissie;
- De commissie krijgt de bevoegdheid om over een klacht een beslissend oordeel te geven;
- De bevoegdheid om hangende de klachtenprocedure de maatregel waartegen de klacht zich richt te schorsen, wordt bij de commissie gelegd;
- De termijnen waarbinnen de commissie een beslissing moet nemen worden gesplitst: twee weken ingeval de klacht een actuele maatregel betreft en vier weken als de klacht zich richt tegen een reeds beëindigde maatregel;
- Tegen een voor hem ongunstige beslissing van een rechtbank in beroep kan door de patiënt cassatieberoep bij de Hoge Raad worden ingesteld.

Ten tijde van de start van het onderzoek was niet uit te sluiten dat de wetswijziging in werking zou treden op een tijdstip dat het mogelijk maakte de eerste ervaringen te onderzoeken. Al snel na aanvang van het onderzoek bleek dit niet het geval te zijn. Zelfs op het moment dat het onderzoek werd afgesloten, was de wetswijziging nog niet van kracht. Het gevolg is dat in dit hoofdstuk slechts meningen over de belangrijkste onderdelen van de wetswijziging worden weergegeven. Deze meningen zijn naar de mening van de onderzoekers echter belangrijk genoeg om weer te geven. Te verwachten valt immers dat deze meningen de toekomstige

beleving van en omgang met het Bopz-klachtrecht beïnvloeden.

5.2 De uitkomsten van het vragenlijst-onderzoek

5.2.1 Wetswijziging 1: beslistermijn commissie

De eerste wetswijziging waarover vragen aan de respondenten zijn voorgelegd, is het verlenen van de beslistermijn van de klachtencommissie van twee tot vier weken wanneer het gaat om een klacht over een maatregel die op het moment dat de klacht ingediend wordt al niet meer van toepassing is. Als eerste is aan de klachtencommissies gevraagd of er binnen de instelling momenteel al een termijnenonderscheid gemaakt wordt met betrekking tot de klachtafhandeling voor dringende en niet-dringende klachten. Acht van de 22 klachtencommissies geven aan dat dit het geval is en 14 dat dit niet zo is. Vervolgens is aan de Raden van Bestuur, de patiëntenvertrouwenspersonen, de klachtencommissies en de aangeklaagden gevraagd wat zij van deze wetswijziging vinden. De overgrote meerderheid van de respondenten (77%) ondersteunt deze wetswijziging. Het blijkt dat 96% van de Raden van Bestuur en 96% van de klachtencommissies de wetswijziging goed vindt, tegenover 63% van patiëntenvertrouwenspersonen en 56% van de aangeklaagden. De patiëntenvertrouwenspersonen oordelen verhoudingsgewijs het meest negatief over deze wetswijziging. 25% van de patiëntenvertrouwenspersonen vindt de bovengenoemde wetswijziging namelijk slecht. In onderstaande tabel (tabel 1) is een en andere uitgebreid weergegeven.

	RvB	Pvp	Klcie	Aangeklaagden	Totaal
Goed	23 - 96%	15 - 63%	21 - 96%	14 - 56%	73 - 77%
Slecht	1 - 4%	6 - 25%	0 - 0%	4 - 16%	11 - 12%
Geen mening	0 - 0%	2 - 8%	0 - 0%	7 - 28%	9 - 9%
Geen antwoord	0 - 0%	1 - 4%	1 - 5%	0 - 0%	2 - 2%
Totaal	24 - 100%	24 - 100%	22 - 100%	25 - 100%	95 - 100%

Tabel 1: oordeel van respondenten over wetswijziging 1

Over de wenselijkheid van deze wetswijziging bestaat een grote mate van overeenstemming. In het bijzonder Raden van Bestuur en klachtencommissies benadrukken dat de geldende termijn al jarenlang in veel gevallen niet gehaald wordt, en dat de termijn-differentiatie realistisch is, overbelasting voorkomt en zal leiden tot een zorgvuldiger behandeling van klachten. Ook geven de respondenten uit deze beide groepen aan, dat er bij klachten over reeds beëindigde maatregelen geen dringend belang is om binnen twee weken te beslissen.

Minder positief over deze wetswijziging zijn de patiëntenvertrouwenspersonen en de aangeklaagden, en wel op grond van hetzelfde argument: het is maar beter dat klachten zo snel mogelijk afgehandeld worden. Enkele pvp-en geven aan de art. 41-procedure over onderwerpen gaat ten aanzien waarvan de patiënt altijd een oordeel op korte termijn verwacht, of de dwangtoepassing nu beëindigd is of niet. De aangeklaagden merken op dat een art.41-procedure de hulpverlener-patiënt-relatie so wie so onder druk zet en dat dat alleen maar erger wordt als de procedure langer kan gaan duren.

5.2.2 Wetswijziging 2: de zelfstandige klachtencommissie

De tweede wetswijziging die aan de respondenten is voorgelegd is het schrappen van de bevoegdheden van het bestuur uit de klachtenprocedure; de klachtencommissie krijgt de

bevoegdheid om het eindoordeel te geven en om de maatregel waartegen de klacht gericht is al dan niet te schorsen. Ook met betrekking tot deze wetswijziging is aan de klachtencommissies gevraagd of er binnen de instelling nu reeds al sprake is van de situatie dat de klachtencommissie het eindoordeel geeft (omdat de Raad van Bestuur haar bevoegdheid aan de commissie overgedragen heeft). Vijf van de 22 klachtencommissies geven aan dat dit inderdaad het geval is en de overige 17 van niet. Vervolgens is de Raden van Bestuur, de patiëntenvertrouwenspersonen, de klachtencommissies en de aangeklaagden gevraagd wat zij van deze wetswijziging vinden. Een kleine meerderheid van de respondenten (53%) vindt deze wetswijziging slecht. Indien we echter naar de mening van de respondenten per respondentcategorie kijken, blijkt dat er alleen bij de Raden van Bestuur en aangeklaagden een meerderheid is die de wetswijziging slecht vindt. Bij de patiëntenvertrouwenspersonen vindt de grote meerderheid de wetswijziging goed (83%) en van de klachtencommissies vindt precies de helft de wetswijziging goed. In onderstaande tabel (tabel 2) staat het bovenstaande uitgebreid vermeld.

	RvB	Pvp	Klacie	Aangeklaagden	Totaal
Goed	1 - 4%	20 - 83%	11 - 50%	5 - 20%	37 - 39%
Slecht	22 - 92%	4 - 17%	9 - 41%	18 - 72%	53 - 56%
Geen mening	1 - 4%	0 - 0%	2 - 9%	2 - 2%	5 - 5%
Geen antwoord	0 - 0%	1 - 4%	0 - 0%	0 - 0%	1 - 1%
Totaal	24 - 100%	24 - 100%	22 - 100%	25 - 100%	95 - 100%

Tabel 2: oordeel van respondenten over wetswijziging 2

Deze wetswijziging wordt door een aantal respondentengroepen duidelijk negatiever beoordeeld.

De Raden van Bestuur zijn erg kritisch. Zij menen dat een klachtencommissie die bindende beslissingen kan nemen afbreuk doet aan de (eind)verantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur voor het behandelbeleid en de veiligheid in de instelling. Dit mede omdat de klachtencommissies naar het oordeel van de Raden van Bestuur onvoldoende zicht hebben op de populatie en het behandelbeleid van de afdelingen en de context waarbinnen de uitspraken van de commissie moeten worden geëffectueerd. De klachtencommissies kunnen geen verantwoordelijkheid nemen voor de gevolgen van hun beslissing en daarop ook niet worden aangesproken. Een aantal Raden van Bestuur merkt op dat het nu volstrekt onbegrijpelijk is waarom patiënten wel en hulpverleners niet in beroep kunnen gaan tegen beslissingen van de klachtencommissie of de rechter op grond van art. 41.

Onder de aangeklaagden bestaat iets meer sympathie voor deze wetswijziging. Een aantal van hen meent dat de zelfstandigheid van de klachtencommissie de onafhankelijkheid van de procedure ten goede komt. Ook noemen zij dat de rol van het bestuur in de huidige regeling toch al marginaal werd ingevuld. Een ruime meerderheid van de aangeklaagden oordeelt echter negatief over deze wetswijziging, op grond van dezelfde argumenten die door de Raden van Bestuur worden genoemd.

Onder de klachtencommissies is van een ambivalente houding sprake. De helft van de commissies meent dat deze wetswijziging de onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de commissies ten goede zal komen en dat de commissie serieuzer zal worden genomen. Deze commissies vinden de huidige procedure, waarin het bestuur binnen twee dagen een beslissing moet nemen over het oordeel van de commissie, een 'onnodige kronkel' in de procedure: door de afstand tussen bestuur en werkvloer voegt dat niets toe. Een niet onaanzienlijk aantal andere commissies is terughoudender. Deze commissies zijn van mening niet goed toegerust te zijn

voor de taak die de wetswijziging hen geeft. Zij menen verantwoordelijkheden te krijgen die zij niet kunnen waarmaken. Ook vrezen zij problemen in de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen de Raad van Bestuur enerzijds en de klachtencommissie anderzijds. Genoemd wordt onder meer dat nu onduidelijk wordt wie verantwoordelijk is voor c.q. aanspreekbaar op gebreken in de follow up van uitspraken van de commissie.

De patiëntenvertrouwenspersonen zijn overwegend positief over deze wetswijziging, maar een aantal van hen plaatst kritische kanttekeningen in het licht van de –in de ogen van de pvp- gebrekkige kwaliteit van sommige commissies. Deze commissies, zo wordt gemeend, zouden wel eens de neiging kunnen hebben in het nieuwe systeem veel terughoudender te zijn met voor de patiënt gunstige uitspraken. De commissies zullen voorzichtiger worden, omdat de mogelijke negatieve gevolgen van een uitspraak groter worden.

5.2.3 Wetswijziging 3: cassatieberoep

De derde wetswijziging waarover de mening van de respondenten is gevraagd, houdt in dat patiënten de mogelijkheid zullen krijgen om tegen beslissingen van de rechtbank, die een afwijzing van de klacht inhouden, in cassatie te gaan bij de Hoge Raad. Een kleine meerderheid van alle respondenten (51%) vindt deze wetswijziging goed. Dit wordt echter met name veroorzaakt doordat 88% van de patiëntenvertrouwenspersonen het een goede wetswijziging vindt. Bij de Raden van Bestuur (46%), de klachtencommissies (45%) en de aangeklaagden (24%) is het deel van de respondenten dat deze wetswijziging goed vindt veel kleiner. Van de aangeklaagden vindt zelfs meer dan de helft van de respondenten de wetswijziging slecht. Het blijkt verder dat 41% van de klachtencommissies geen mening heeft over deze wijziging van de wet BOPZ. In de onderstaande tabel (tabel 3) is een en andere uitgebreid weergegeven.

	RvB	Pvp	Klcie	Aangeklaagden	Totaal
Goed	11 - 46%	21 - 88%	10 - 45%	6 - 24%	48 - 51%
Slecht	9 - 38%	1 - 4%	2 - 9%	13 - 52%	25 - 26%
Geen mening	4 - 7%	2 - 8%	9 - 41%	4 - 16%	19 - 20%
Geen antwoord	0 - 0%	0 - 0%	1 - 5%	1 - 4%	2 - 2%
Totaal	24 - 100%	24 - 100%	22 - 100%	25 - 100%	95 - 100%

Tabel 3: oordeel van respondenten over wetswijziging 3

De voorstanders van deze wetswijziging, afkomstig uit alle respondentengroepen, noemen veelal dezelfde redenen: de bevordering van de rechtseenheid en rechtszekerheid in Bopz-procedures, de betere waarborgen voor de rechtspositie van de patiënt en vergroting van de mogelijkheid om over belangrijke criteria in de wet jurisprudentie te verkrijgen. Ook wijzen zij erop dat het ten principale juist is dat burgers tot meerdere rechterlijke instanties moeten kunnen wenden bij zulke ingrijpende kwesties als in het kader van art. 41 aan de orde zijn.

In het bijzonder onder de Raden van Bestuur, de klachtencommissies en de aangeklaagden zijn echter ook kritische geluiden te horen. De kritiek betreft de lange duur van een procedure tot en met de Hoge Raad, de daarmee gepaard gaande onzekerheid voor patiënt, de tijd die het de hulpverlener kost, de toename van juridisering en het geringe belang van de patiënt bij een oordeel van de Hoge Raad (“Dat is voer voor juristen, en niet voor de praktijk”). Het wordt als onrechtvaardig ervaren dat de patiënt de cassatiemogelijkheid wel heeft, maar dat de instelling en de aangeklaagde geen enkele beroepsmogelijkheid hebben.

5.3 De bijeenkomst van klachtencommissies in november 2000

In november 2000 werd door GGZ-Nederland een invitationale conferentie georganiseerd voor klachtencommissies in de geestelijke gezondheidszorg. Tijdens deze bijeenkomst, die werd bezocht door vertegenwoordigers van 15 klachtencommissies, is uitvoerig gediscussieerd over de wijziging van het Bopz-klachtrecht, als geregeld in de Wet van 22 juni 2000. De onderzoekers waren bij deze bijeenkomst aanwezig. Hieronder wordt kort verslag gedaan van de discussie.

De teneur van de discussie kwam in grote lijnen overeen met hetgeen hiervoor in par. 5.1. is gerapporteerd. De discussie spitste zich toe op het toekennen aan de klachtencommissie van de bevoegdheid om een maatregel, hangende de behandeling van de klacht, te schorsen. Leden van diverse klachtencommissies betoogden dat de commissies niet voldoende expertise en kennis hebben om dergelijke ingrijpende beslissingen te nemen. Daarenboven zijn er situaties waarin schorsing uitermate problematisch of zelfs onmogelijk is (bijvoorbeeld in het geval van reeds toegediende depot-medicatie). De vrees werd geuit dat klachtencommissies wel eens een zeer terughoudend gebruik van de schorsingsmogelijkheid zouden kunnen gaan maken. In reactie hierop werd vanuit andere commissies opgemerkt dat in 'hun' ziekenhuizen inmiddels praktijk was ontstaan om over een voornemen van de commissie tot schorsing van de maatregel overleg te voeren met de geneesheer-directeur. Dit werkt bevredigend. Niettemin leek het erop dat de aanwezige klachtencommissies meer problemen voorzagen met het toepassen van de schorsingsbevoegdheid dan met de, eveneens uit de wetwijziging voortvloeiende, bindende kracht van de uiteindelijke commissiebeslissing.

Een algemeen gedeelde opvatting was, dat door de wetwijziging de verantwoordelijkheden van de commissie zodanig geaccentueerd en zelfs verzaamd wordt, dat het belang van deskundigheid en onafhankelijkheid toeneemt. Als een instantie bindende beslissingen kan nemen, is het eigenlijk raar dat in de commissie leden uit de betreffende instelling kunnen participeren. Van onafhankelijkheid, zo werd gesteld, is geen sprake in gevallen waarin een commissielid-psychiater een oordeel moet geven over het beleid van een collega. Gewezen werd op bestaande situaties, waarin met instellingen uit de omgeving een 'pool' van commissieleden is gemaakt. Per klacht kan de commissie dan zo worden samengesteld, dat medewerkers uit de aangeklaagde instelling daarvan geen deel uitmaken. Daar tegenover werd evenwel de ervaring gezet dat het voor het nemen van goede beslissingen juist aan te bevelen is dat tenminste 1 commissielid werkzaam is in de instelling. Dit kan worden 'gecompenseerd' door te kiezen voor een onafhankelijke voorzitter. Hoewel de huidige wet dat nog niet voorschrijft, hebben vrijwel alle Bopz-klachtencommissies een onafhankelijk voorzitter.

Opgemerkt werd dat de huidige regeling, waarin de commissie een advies uitbrengt en de Raad van Bestuur de finale beslissing neemt, voor- en nadelen heeft. Het voordeel is de Raad van Bestuur de eindverantwoordelijkheid volledig kan waarmaken, door zo nodig van het advies van de commissie af te wijken. Het nadeel is dat de positie van de klachtencommissie erdoor kan worden aangetast en dat het vertrouwen van de patiënt in de zinvolheid van het volgen van de klachtenprocedure kan afnemen. De overheersende opvatting was dat de instelling altijd een mogelijkheid moet behouden om zich te weer te kunnen stellen tegen onjuist geachte uitspraken van de klachtencommissie. Als dat niet kan door een afwijkende beslissing van de Raad van Bestuur, aldus een groot aantal aanwezigen, dan ligt het voor de hand dat ook de instelling de wettelijke mogelijkheid krijgt om tegen een uitspraak van de klachtencommissie bij de rechter in beroep te kunnen gaan.

Gememoreerd werd dat in het kader van de parlementaire behandeling van de wetwijziging

was gesproken over de rechtskracht van de commissiebeslissing in de nieuwe regeling, maar dat daar nog veel onduidelijkheid over bestaat. Oordeelt de commissie de klacht tegen nog lopende dwangmaatregel gegrond, dan is over de implicatie van die uitspraak in de wet niets te vinden. Moet de maatregel dan onmiddellijk beëindigd worden, of is de uitspraak slechts een signaal voor de instelling dat er 'iets' moet gebeuren? Daarover bestond onder de aanwezigen veel onduidelijkheid.

5.4 Conclusies

De overgrote meerderheid van de respondenten (77%) vindt het verlengen van de beslistermijn van de klachtencommissie van twee tot vier weken wanneer het gaat om een klacht over een maatregel die op het moment dat de klacht ingediend wordt al niet meer van toepassing is, een goede wetswijziging. Het blijkt dat 96% van de Raden van Bestuur en 96% van de klachtencommissies de wetswijziging goed vindt, tegenover 63% van patiëntenvertrouwenspersonen en 56% van de aangeklaagden.

De tweede wetswijziging die aan de respondenten is voorgelegd, betreft het schrappen van de bevoegdheden van het bestuur uit de klachtenprocedure; de klachtencommissie krijgt de bevoegdheid om het eindoordeel te geven en om de maatregel waartegen de klacht gericht is al dan niet te schorsen, wordt door een kleine meerderheid van de respondenten (53%) slecht bevonden. Indien we echter naar de mening van de respondenten per respondentcategorie kijken, blijkt dat er bij de Raden van Bestuur en aangeklaagden een meerderheid is die de wetswijziging slecht vindt. Bij de patiëntenvertrouwenspersonen ondersteunt de grote meerderheid de wetswijziging (83%) en van de klachtencommissies vindt precies de helft de wetswijziging goed.

De derde wetswijziging waarover de respondenten een mening hebben gegeven, houdt in dat patiënten de mogelijkheid zullen krijgen om tegen beslissingen van de rechtbank, die een afwijzing van de klacht inhouden, in cassatie te gaan bij de Hoge Raad. Een kleine meerderheid van alle respondenten (51%) vindt deze wetswijziging goed. Dit wordt echter met name veroorzaakt doordat 88% van de patiëntenvertrouwenspersonen het een goede wetswijziging vindt. Bij de Raden van Bestuur (46%), de klachtencommissies (45%) en de aangeklaagden (24%) is het deel van de respondenten dat deze wetswijziging goed vindt veel kleiner. Van de aangeklaagden wijst meer dan de helft van de respondenten de wetswijziging af.

Voor een beperkt aantal instellingen brengt de wetswijziging overigens weinig nieuws. In die instelling wordt al geruime tijd op de wijziging vooruit gelopen, omdat de Raad van Bestuur de commissie reeds de zelfstandigheid heeft gegeven die de wet binnenkort gaat voorschrijven.

6

Het Bopz-klachtrecht in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg

6.1 Inleiding

In dit onderzoek verdient het functioneren van het Bopz-klachtrecht in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg nadrukkelijk de aandacht. Het betreft hier in vergelijking tot de psychiatric in het algemeen zeer kwetsbare patiëntengroepen, die veel minder in staat zijn om voor hun eigen rechten op te komen. Ook in getalsmatig opzicht gaat het om bijzondere groepen. In psychiatrische ziekenhuizen verblijven jaarlijks 64.000 mensen in 28.000 bedden. De meeste patiënten verblijven hier tijdelijk. In de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg verblijven respectievelijk 31.000 en 35.000 mensen, die na opname doorgaans de instelling niet meer verlaten (Boot en Knapen, 2001). In de psychogeriatric zullen bovendien in de nabije toekomst veel meer mensen opgenomen worden in verband met de toenemende vergrijzing. Van 1990 tot 1998 is het aantal psychogeriatric patiënten toegenomen met ruim 23%. De Wet Bopz heeft dus op meer mensen uit de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg betrekking dan uit de psychiatric. Bovendien zijn deze mensen blijvend aan deze wet onderworpen. Een goede bescherming van de rechtspositie van bewoners in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg is derhalve van groot belang.

Zoals in Hoofdstuk 1 reeds is beschreven, is voor de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg gekozen voor een specifieke afwijkende onderzoeksopzet. De reden hiervoor is dat voor deze sectoren uit verschillende evaluatieonderzoeken bekend is, dat van het klachtrecht in het algemeen, en van het Bopz-klachtrecht in het bijzonder, zeer sporadisch gebruik wordt gemaakt. Dat betekent dat de doelstelling van het Bopz-klachtrecht, het beschermen en versterken van de rechtspositie van onvrijwillig opgenomen bewoners, niet bereikt wordt. Daarom staat in dit onderzoeksdeel de vraag centraal of het Bopz-klachtrecht zodanig kan worden verbeterd, dat het wel een bijdrage levert aan de rechtspositie van patiënten in beide sectoren. Bij de beantwoording van deze vraag is met name onderzocht in hoeverre de introductie van een patiëntenvertrouwenspersoon een goede aanvulling zou kunnen zijn op de bestaande formele Bopz-klachtenprocedure. Voor deze onderzoeksvraag is gekozen vanwege de uitkomst van de eerdere evaluaties op het terrein van het klachtrecht, waarbij de introductie van een patiëntenvertrouwenspersoon bepleit werd en vanwege de eerdere positieve reactie van de regering hierop (in het kabinetsstandpunt inzake de eerste Bopz-evaluatie).

In paragraaf 6.2 wordt de onderzoeksopzet behandeld. Daarna volgt een kort overzicht van eerdere onderzoeken (par. 6.3). Paragraaf 6.4 gaat in op de uitkomsten van het vragenlijstonderzoek en de interviews. In paragraaf 6.5 komen de conclusies aan de orde.

6.2 Onderzoeksopzet

Teneinde de onderzoeksvragen te operationaliseren zijn zij uitgewerkt in een aantal deelvragen. Hieronder volgt een overzicht:

- Hoeveel Bopz-klachten werden in 2000 in Bopz-aangemerkte instellingen voor psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg ingediend?
- In hoeverre hebben Bopz-instellingen een klachtencommissie die geschikt is voor het behandelen van Bopz-klachten?
- Welke bestaande trajecten kent de praktijk al om klachten in een vroeg stadium op te vangen en te behandelen?
- Wat zijn de ervaringen met deze voortrajecten?
- Wat zou de toegevoerde waarde kunnen zijn van de introductie van een patiëntenvertrouwenspersoon in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg?

Om deze onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is gekozen voor zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve aanpak.

6.2.1 Kwantitatief onderzoeksdeel

Ten behoeve van het kwantitatieve deel is - in samenwerking met het deelonderzoek interne rechtspositie psychogeriatric en verstandelijk gehandicapte bewoners van de Vrije Universiteit - een enquête verzonden naar alle Bopz-aangemerkte instellingen in beide sectoren. De inhoud van de enquête had betrekking op de invulling van het Bopz-klachtrecht, op de vraag of de instelling iemand heeft voor klachtenondersteuning en hoe deze zijn taak invult en op de contacten die in 2000 met de inspectie plaatsvonden. De vragenlijst is verzonden naar 325 psychogeriatric verpleeghuizen en gemengde verpleeghuizen met een psychogeriatric afdeling, en 163 instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Sinds 1 december bestaat ook voor verzorgingshuizen de mogelijkheid om een Bopz-aanmerking te vragen. Hoewel er nog geen officiële lijst bestaat van verzorgingshuizen die reeds een aanmerking hebben, konden de betreffende verzorgingshuizen via het Ministerie van VWS worden achterhaald. Dit waren er per 22 februari 2001 zeventien. Verder hadden zeven verzorgingshuizen een verpleegunit met een Bopz-aanmerking. Naar al deze verzorgingshuizen is eveneens een vragenlijst verstuurd.

Alle instellingen hebben tweemaal een herinnering ontvangen. Alle tot 1 juni 2001 binnengekomen vragenlijsten zijn verwerkt. Uiteindelijk bedroeg de respons 100 instellingen voor verstandelijk gehandicapten (61,3%), 205 psychogeriatric (afdelingen van) verpleeghuizen (63,1%) en 14 verzorgingshuizen (58,3%). Bij de laatste herinnering is ook een korte non-respons enquête gevoegd. Uit deze enquête, waarop 9 verstandelijk gehandicaptenzorg instellingen, 20 verzorgingshuizen en 3 verzorgingshuizen reageerden, blijkt dat in de verstandelijk gehandicaptenzorg veel orthopedagogische instituten zich niet betrokken voelen bij de evaluatie van de wet Bopz. Bij de verpleeghuizen blijkt tijdgebrek een belangrijke factor om de vragenlijst niet te retourneren. Voor beide sectoren is een tweede belangrijke reden waarom de respons lager uitvalt het feit dat meerdere locaties onder dezelfde instelling kunnen vallen. De werkelijke respons op de enquête kan dus hoger zijn. Fusies worden niet centraal bijgehouden en vormen daarom een belemmering voor de berekening van de werkelijke respons. Veel verzorgingshuizen hebben weliswaar een Bopz-aanmerking, maar nog geen werkelijke start gemaakt met de implementatie van de wet Bopz.

6.2.2 Kwalitatief onderzoeksdeel

Het kwalitatieve onderzoeksdeel richtte zich op de praktijk van de klachtenafhandeling. Waarom worden geen (Bopz-)klachten ingediend? Verder is bekeken hoe de klachtopvang in het voortraject is, wat de ervaringen zijn met klachtenfunctionarissen en hoe men tegen het klachtrecht in het algemeen en tegen een patiëntenvertrouwenspersoon in het bijzonder aankijkt. Verder is onderzocht welke andere alternatieven voor het klachtrecht denkbaar zijn. Ten behoeve van de interviews zijn zowel in de verstandelijk gehandicaptensector als in de psychogeriatric vier instellingen geselecteerd. De selectie is gebaseerd op de landelijke enquête. Uit de groep snelle reageerders zijn twee instellingen genomen, uit de groep die op het eerste rappel reageerde is een instelling geselecteerd en één uit de groep die op het laatste rappel reageerde. Bij de selectie van de instellingen is verder gelet op de grootte en geografische ligging. Op dezelfde manier is een verzorgingshuis geselecteerd. In iedere instelling zijn die mensen geïnterviewd die rechtstreeks te maken hadden met de toepassing van de wet Bopz en die op die manier mogelijkwijs te maken konden krijgen met klachten of klachtwaardige situaties. De volgende mensen zijn geïnterviewd:

- Een lid van de directie die beleidsbepalend was voor de uitvoering van de wet Bopz, dan wel iemand anders binnen de instelling die deze taak op zich had genomen;
- Een verpleeghuisarts, respectievelijk arts binnen de verstandelijk gehandicapteninstelling;
- Een zorgcoördinator of iemand anders die op de werkvloer direct contact met de bewoner en diens familie onderhield (dikwijls ook Eerst Verantwoordelijke Verzorgende genoemd);
- Een vertegenwoordiger van een bewoner;
- Een klachtenfunctionaris of secretaris van de klachtencommissie.

In sommige gevallen is op initiatief van de instelling daarnaast ook gesproken met andere zorgverleners binnen de instelling, die direct of indirect te maken hadden met de uitvoering van de wet Bopz zoals een psycholoog, een orthopedagoog en enkele maatschappelijk werkenden. In de verstandelijk gehandicaptensector is in elke instelling voorts een bewoner geïnterviewd. In de psychogeriatric is daar in de verpleeghuizen niet voor gekozen, omdat het niveau van de bewoners op het moment van opname en in de periode daarna dit in het algemeen niet meer toelaat. In het verzorgingshuis is overigens wel een bewoner geïnterviewd. Om misverstanden inzake de toelaatbaarheid van dit onderzoek te voorkomen is de opzet, hoewel het geen medisch-wetenschappelijk onderzoek betrof, voorgelegd aan de medisch-ethische commissie van de Vrije Universiteit. Deze commissie stemde met de opzet in.

Overzicht van de geïnterviewde personen:

<i>Sector</i>	<i>Respondent</i>	
Pg - verpleeghuizen	Vertegenwoordiger	4
	Zorgcoördinator/EVV-er	5
	Verpleeghuisarts	6
	Psycholoog	1
	Maatschappelijk Werkende	2
	Beleidsverantwoordelijke Bopz	2
	Andere beleidsmedewerker	3
	Klachtenfunctionaris	3
	Directeur	2
Pg - verzorgingshuizen	Bewoner	1
	Vertegenwoordiger	1
	Zorgcoördinator/EVV-er	1
	Verpleeghuisarts	1

	Directeur	2
	Klachtenfunctionaris	1
Verstandelijk gehandicaptenzorg	Bewoner	4
	Vertegenwoordiger	4
	Zorgcoördinator/EVV-er	4
	Arts verstandelijk gehandicaptenzorg	4
	Orthopedagoog	1
	Beleidsverantwoordelijke Bopz	3
	Andere beleidsmedewerker	2
	Directeur	2
	Secretaris klachtencommissie	3
	Voorzitter klachtencommissie	1
TOTAAL		63

Drie verpleeghuisartsen bekleedden een dubbelfunctie. Zij waren naast verpleeghuisarts tevens directeur of beleidsverantwoordelijke voor de wet Bopz. Zij zijn dan in beide hoedanigheden geïnterviewd. De klachtenfunctionarissen en secretarissen van klachtencommissies bekleedden ook verschillende malen een dubbelfunctie: in twee gevallen was de functionaris tevens maatschappelijk werkende, in één geval directiesecretaresse en bij de secretarissen ging het eenmaal om een orthopedagoog en eenmaal om een directiesecretaresse.

Naast het inventariseren van ervaringen is er ook voor gekozen om mensen van brancheorganisaties die deskundig waren ten aanzien van het klachtrecht en mensen met een specifieke deskundigheid van het veld te interviewen. In totaal zijn 15 van dergelijke sleutelfiguren geïnterviewd.

Overzicht geïnterviewde sleutelfiguren:

<i>Sector</i>	<i>Respondent</i>	
Psychogeriatric	Hoofdinspectie Gezondheidszorg	1
	Arcares	1
	LOC	1
	NVVA	2
	Hoogleraar verpleeghuiszorg	1
Verstandelijk gehandicaptenzorg	Hoofdinspectie Gezondheidszorg	1
	VGN	2
	FvO	1
	NVAZ	1
Algemeen	Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon	4
TOTAAL		15

De interviews waren semi-gestructureerd van opzet. Bij de interviews in het veld waren bij ieder gesprek steeds twee onderzoekers aanwezig. Een onderzoeker maakte aantekeningen en de ander stelde de vragen. De tweede onderzoeker stelde soms aanvullende vragen. Vervolgens werden de verslagen door één onderzoeker uitgewerkt en ter verificatie voorgelegd aan de ander. De interviews onder sleutelfiguren zijn alle op band opgenomen en vervolgens op schrift uitgewerkt. In de rapportage zullen in verband met de privacy de resultaten van de interviews anoniem worden weergegeven.

6.2.2.1 Inhoud van de interviews

De inhoud van de interviews in het veld bestond uit vaste items die per respondent waren

aangepast aan de kennis, expertise en ervaringen. Doel van de gestelde vragen was te achterhalen in hoeverre klachtwaardige situaties in de praktijk voorkomen, wat de ervaringen van de respondent hiermee waren en in hoeverre de klachtenprocedure zou kunnen worden verbeterd. De interviews met sleutelfiguren waren meer open van karakter. De respondenten dienden te reageren op een aantal vragen en stellingen, die betrekking hadden op het functioneren van het Bopz-klachtrecht, op het voorkomen van klachtwaardige situaties en op alternatieven of aanvullingen voor het Bopz-klachtrecht.

6.2.3 Betrouwbaarheid van het onderzoek

Bij de opzet van het onderzoek is getracht om binnen de gestelde tijd en het budget een optimale betrouwbaarheid van de gegevens te verkrijgen. Toch valt niet te vermijden dat bij de interpretatie van de uitkomsten enige voorzichtigheid in acht genomen moet worden. Hieronder volgen enkele kanttekeningen:

1. Voor wat betreft het kwantitatieve gedeelte geldt dat in de drie groepen instellingen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg, de respons ruim 60% van het totaal aantal benaderde instellingen was. Het is echter mogelijk dat onder de instellingen die niet gereageerd hebben, een specifieke groep niet gereageerd heeft. Voor wat betreft de verpleeghuizen is daar geen aanwijzing voor. Bij de verzorgingshuizen speelde het probleem dat nog maar weinig instellingen een aanmerking hebben en verzorgingshuizen nog aan het implementeren zijn. Dat laatste bleek een reden om de vragenlijst niet in te vullen. Bij de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg is het gezien de reacties op het non-responsonderzoek wel mogelijk dat een specifieke groep niet gereageerd heeft, namelijk instellingen die het gevoel hebben dat ze niet tot de doelgroep behoren, wellicht door het ontbreken van Bopz-bewoners.
2. De vragenlijst is, zoals reeds werd aangegeven, specifiek gericht aan de directie van de instellingen. Het is echter mogelijk dat directeuren de vragenlijst hebben doorgestuurd aan anderen met meer (of wellicht minder) kennis van zaken over het onderwerp. De onderzoekers hebben er geen zicht op wie de enquête uiteindelijk heeft ingevuld. Dit zou mogelijkwjs enige vertekening van de resultaten kunnen geven.
3. Hoewel relatief veel mensen geïnterviewd zijn, behoren die mensen tot weinig instellingen. Getalsmatig kunnen die instellingen nooit representatief zijn voor de hele sector. Bij de presentatie van de resultaten van de interviews zullen daarom geen cijfers genoemd worden van aantallen respondenten die een bepaalde mening waren toegeedaan. Dit zou ten onrechte de indruk kunnen wekken dat er een zekere representativiteit aan kan worden ontleend, terwijl het bij kwalitatief onderzoek veel meer gaat om het zoeken naar verklaringen, ervaringen en meningen.

6.3 Bopz-klachtrecht in andere rapporten

6.3.1 Evaluaties Bopz-klachtrecht 1996 en WKCZ 1999

In par. 2.2.3 zijn reeds enkele conclusies genoemd uit de Bopz-evaluatie 1996 die specifiek voor de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg van belang zijn. De belangrijkste is dat het de art. 41-procedure in de psychiatrie in combinatie met de patiëntenvertrouwenspersoon het meest effectief blijkt te zijn. Voorgesteld wordt om een patiëntenvertrouwenspersoon ook in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg te introduceren. Een andere conclusie die uit het rapport naar voren komt, is dat in beide sectoren niet of nauwelijks gebruik wordt gemaakt van de art. 41-procedure. De belangrijkste redenen waren blijkens het onder-

zoek (Teijssen et al, 1996):

- Vrees voor represailles na het indienen van een klacht;
- Bewoners zijn zelf vaak niet in staat om te klagen;
- Afwezigheid van familie op momenten dat klachtwaardige situaties zich voordoen;
- Familie wil bij toepassing van middelen en maatregelen uit oogpunt van bescherming, vaak nog verder gaan dan verpleging/verzorging;
- Onbekendheid bij de familie met het bestaan van de klachtenprocedure;
- Niet alleen de bewoners, maar ook familieleden behoren vaak tot generaties die (nog) niet gewend zijn van klachtrecht gebruik te maken;
- Een voorkeur voor 'informelere' klachtenopvang boven het formelere Bopz-klachtrecht.

In 1999 is de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) geëvalueerd (Arends en Legemaate, 1999). Zie hiervoor par. 2.2.4. Op grond van deze wet dienen instellingen met een Bopz-aanmerking ook een WKCZ-klachtenregeling te hebben, naast de klachtenregeling op basis van art. 41 Bopz. In het evaluatieonderzoek is speciale aandacht geschonken aan de samenloop van beide klachtenprocedures. In dit verband zijn daaruit de volgende conclusies van belang:

- Het overgrote deel van de onderzochte Bopz-instellingen heeft zowel een WKCZ-, als een Bopz-klachtenregeling.
- De meeste instellingen geven standaard informatie over de klachtenregeling, echter niet specifiek over de Bopz-klachtenprocedure.
- Zowel de hoeveelheid WKCZ- als Bopz-klachten die bij klachtencommissies in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg worden ingediend, is zeer beperkt.
- Uit het onderzoek komt naar voren dat het relatief geringe aantal klachten in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg wellicht samenhangt met het ontbreken van voor de klager betrouwbare bemiddelingsmogelijkheden in deze sectoren. Een patiëntenvertrouwenspersoon, zoals in de psychiatrie, ontbreekt, terwijl extra aandacht voor bemiddelingsmogelijkheden door de grote afstand tussen werkvloer en Bopz-klachtencommissie geboden is.

6.3.2 Het NIVEL-onderzoek

In 2000 is door het NIVEL een onderzoek verricht naar het functioneren van de klachttopvang in de Nederlandse gezondheidszorg, een onderzoek dat is verricht naar aanleiding van de uitkomsten van de evaluatie van de WKCZ (Dane, Lindert en Friele, 2000). De klachttopvang omvat alle (informele) activiteiten omtrent de klachtenafhandeling voorafgaand aan de formele behandelingen. De belangrijkste conclusies:

- Het grootste aantal opgevangen klachten per instelling komt voor in de ziekenhuizen en de psychiatrie. De klachttopvang in de ziekenhuizen wordt vooral uitgevoerd door een speciaal hiervoor aangestelde functionaris, terwijl in de psychiatrie het de patiëntenvertrouwenspersoon is die zorg draagt voor de opvang, vooral in de zin van ondersteuning van de meeste klachten. De cijfers over het aantal klachten in andere instellingen met een Bopz-aanmerking liggen aanzienlijk lager;
- De klachttopvang in instellingen bestaat uit het geven van informatie en advies en bemiddeling. Vrijwel geen enkele instelling biedt bijstand. De uitzondering hierop wordt gevormd door de patiëntenvertrouwenspersoon en ook door vertrouwenspersonen in de gehandicaptenzorg, die bij uitstek gericht zijn op de ondersteuning, en daarmee ook op het bieden van bijstand van de klager;
- Voor verpleeg- en verzorgingshuizen is de klachttopvang nader onderzocht. Het blijkt dat in de meeste huizen wel een vorm van klachttopvang geregeld is, maar dat de toegankelijkheid problematisch is. Dit komt onder meer door het bestaan van drempels voor het indienen van klachten, door afhankelijkheidsgevoelens, angst voor negatieve gevolgen en het niet te

boek willen staan als klager. In de ouderenzorg worden klachten vaak in de lijn geregeld; door leidinggevenden, managers of een directeur. Betreffende gevoelens spelen dan nog sterker, hetgeen zou pleiten voor de instelling van een onafhankelijke functionaris die ook als zodanig herkend wordt. Instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg zijn niet in het onderzoek betrokken.

6.3.3 Het Zuid-Hollandse Project 'vertrouwenspersoon'

Via de Contactgroep Zorgvragers Zuid-Holland en met subsidie van de provincie Zuid-Holland hebben vanaf april 1999 twee zogeheten cliëntenvertrouwenspersonen bij wijze van pilot in twee instellingen gewerkt, te weten in een instelling voor verstandelijk gehandicapten en in een verpleeg-/verzorgingshuis (Contactgroep Zorgvragers Zuid-Holland, 2001). Ten aanzien van de vertrouwenspersoon had het project twee doelstellingen:

- onderzoeken of een goed functionerende vertrouwenspersoon een positieve bijdrage levert aan de kwaliteit van zorg;
- onderzoek of de aanstelling van een vertrouwenspersoon een positieve invloed heeft op de rechtspositie van de cliënten.

Bij de uitvoering van het project heeft het model dat ontwikkeld is door de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg als voorbeeld gediend. De aangestelde vertrouwenspersonen werken daarom volgens de volgende kenmerken:

- partijdigheid vanuit cliëntenperspectief;
- laagdrempeligheid voor cliënten;
- de vertrouwenpersoon draagt er zorg voor dat de functie in voldoende mate binnen de organisatie bekend is;
- vertrouwelijkheid;
- onafhankelijkheid ten opzichte van de instelling waarin deze werkzaam is. Er is geen gezagsverhouding ten opzichte van de leiding.

Uit beide projecten komt naar voren dat het personeel in eerste instantie moeite heeft met de partijdigheid van de vertrouwenspersoon. Ook blijkt in beide instellingen dat bekendheid van de functie niet voldoende is om de vertrouwenspersoon goed te laten functioneren, maar is ook bekendheid van de persoon noodzakelijk. De functionaris moet daarom voldoende tijd doorbrengen op de afdelingen zelf en zoveel mogelijk met cliënten in gesprek gaan. Ook de andere uitgangspunten leverden tijdens de introductieperiode aanleiding tot discussie. Gedurende de looptijd van het project wordt er steeds meer gebruik gemaakt van de diensten van een vertrouwenspersoon. Daarbij valt met name bij de vertrouwenspersoon in de verstandelijk gehandicaptenzorg op dat door de verstandelijk gehandicapten relatief veel en door familieleden weinig geklaagd wordt. Bij de vertrouwenspersoon in de verpleeg- en verzorgingshuissector komt dit onderscheid niet zo duidelijk naar voren. Bovendien is hier niet duidelijk in hoeverre er geklaagd is namens of door psychogeriatrische bewoners. In het verslag over het project wordt geconcludeerd dat door de introductie van de vertrouwenspersonen de rechtspositie van de bewoners verbeterd is.

6.3.4 Conclusies

Bovenstaande onderzoeken laten zien dat van formele klachtenprocedures in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg zeer weinig gebruik wordt gemaakt. Slechts een enkele WKCZ-klacht wordt ingediend, en Bopz-klachten zelfs nog minder. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen, waarbij het feit dat bewoners in deze sectoren zelf niet (meer) kunnen klagen en dus afhankelijk zijn van hun vertegenwoordigers en angst voor represailles het meest in het oog springend zijn. Bestaande vormen van klachtopvang die aan een eventuele gang

naar de klachtencommissie vooraf kunnen gaan, lijken nog onvoldoende te werken, omdat dezelfde kritiek die bij het indienen van een klacht geldt ook bij deze vormen van toepassing is. De instelling van een onafhankelijke vorm van klachtenondersteuning, zoals in de psychiatrie, lijkt geïndiceerd. In deze sector beantwoordt de patiëntenvertrouwenspersoon immers wel aan de doelstellingen. Dit beeld wordt bevestigd door een eerste kleinschalige pilot die is uitgevoerd in een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg en een instelling met verpleeg- en verzorgingshuizen.

6.4 Bopz-klachtrecht: het praktijkonderzoek

De belangrijkste conclusie uit voorgaande onderzoeken is dat van het Bopz-klachtrecht in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg geen gebruik wordt gemaakt. Hoewel er bij de start van dit onderzoek geen aanwijzingen waren dat er een wijziging zou zijn gekomen, meenden onderzoekers er toch niet aan te ontkomen om –zij het beknopt- opnieuw de balans op te maken. Hieronder worden de resultaten van het praktijkonderzoek weergegeven (de resultaten van het vragenlijstonderzoek, de interviews in de instellingen en de interviews met de sleutelfiguren). Gekozen is om de resultaten niet per onderzoeksdeel, maar per thema weer te geven. Achtereenvolgens komt aan de orde: de mate waarin instellingen Bopz-procedures geregeld hebben, het vóórkomen van klachtwaardige situaties, het vóórkomen van Bopz-klachten, het optreden van klachtenfunctionarissen e.d. en hun bevoegdheden, de wenselijkheid van het Bopz-klachtrecht, en aanvullingen en/of alternatieven daarvoor. Bij het laatste punt wordt uiteraard uitgebreid stilgestaan bij de wenselijkheid van de introductie van een patiëntenvertrouwenspersoon.

6.4.1 De regeling van het Bopz-klachtrecht in de instellingen

Aan de instellingen is de vraag gesteld of de instelling een Bopz-klachtencommissie heeft. Daarbij is een Bopz-klachtencommissie gedefinieerd als een klachtencommissie die bevoegd is om Bopz-klachten te behandelen. Dit is een klachtencommissie die bestaat uit tenminste drie leden, en waarin in ieder geval een jurist en een psychiater, dan wel een verpleeghuisarts, respectievelijk arts in de gehandicaptenzorg of orthopedagoog zitting hebben. Deze definitie hebben de instelling gekregen in een definitielijst die aan de vragenlijst werd toegevoegd. Maar liefst 40,6% van de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (n=96) zegt geen Bopz-klachtencommissie te hebben, 39,2% van de verpleeghuizen (n=204) en 42,9% van de verzorgingshuizen (n=14). Alleen bij verzorgingshuizen is dit hoge percentage verklaarbaar. Zij zijn immers nog volop aan het implementeren. De cijfers voor verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg zijn vergeleken met de vorige meting, de WKCZ-evaluatie een stuk ongunstiger. Wellicht kan de verklaring gevonden worden in het feit dat nu voor de eerste keer een definitie van een Bopz-klachtencommissie is verstrekt. Een andere verklaring is dat een instelling dermate onbekend is met Bopz-klachtrecht, dat kennis bij de respondenten over de Bopz-klachtencommissie is weggezakt (te meer nu er niet of nauwelijks klachten worden ingediend). Ook tijdens de interviews bleek dikwijls dat bij de respondenten een grote onbekendheid over de klachtencommissie, de bevoegdheden en de samenstelling bestond. Een van de klachtenfunctionarissen in het onderzoek meldde daarover het volgende:

'Naar aanleiding van je bezoek ben ik eens gaan kijken wie de voorzitter van onze klachtencommissie was. Toen ik na veel vijven en zessen een naam gevonden had, bleek nergens bekend hoe ik die man kon bereiken. Wij hebben de klachtencommissie nooit nodig' (klachtenfunctionaris)

Een gebrek aan ervaring met Bopz-klachtrecht blijkt ook uit de hoeveelheid instellingen die te maken heeft gehad met Bopz-klachten. 3 verpleeghuizen (1,5%; n=204) en 9 instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (9,6%; n=94) hebben in 2000 een Bopz-klacht behandeld. In de verzorgingshuizen is in 2000 geen enkele Bopz-klacht ingediend. Bij de verpleeghuizen gaat het steeds om de behandeling van 1 klacht. Bij de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg is de spreiding wat groter. Vier instellingen hebben in 2000 volgens eigen opgave 1 tot 3 Bopz-klachten gehad. Vijf instellingen rapporteren een hoger aantal Bopz-klachten. Opvallend is dat bij de Inspectie andere cijfers terechtgekomen zijn: officieel zijn er uit de vgz in 2000 3 Bopz-klachten bij de Inspectie gemeld en uit de pg geen (zie paragraaf 3.2.2).

In geen van de instellingen waarin de interviews zijn afgenomen, heeft men ervaring met Bopz-klachtrecht. Wel maakt men in enkele instellingen gewag van een situatie, waarin vertegenwoordigers het niet eens zijn met een op hun familielid toegepaste maatregel, en waarin men mogelijk naar de klachtencommissie zou kunnen stappen. Toch is de ervaring van de respondenten dat men die stap uiteindelijk nooit zet. Uit de interviews komt naar voren dat alleen de behandelaars zonder uitzondering goed op de hoogte zijn van het Bopz-klachtrecht. Bij directieleden is kennis over het klachtrecht afhankelijk van de achtergrond. Zijn ze van origine ook behandelaar, dan zijn ze wel op de hoogte; in andere gevallen minder of zelfs niet. Onder klachtenfunctionarissen en secretarissen gold dat een enkeling wel op de hoogte was en het merendeel niet. In het algemeen kan geconcludeerd worden dat het onderscheid tussen Bopz-klachten en overige klachten niet leeft. Onbekendheid met verschillen tussen Bopz- en WKCZ-klachten is vooral toe te schrijven aan een gebrek aan ervaring met Bopz-klachten.

6.4.2 Het voorkomen van klachtwaardige situaties

Ook in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg zijn patiënten met een Bopz-maatregel opgenomen en komen klachtwaardige situaties als genoemd in art. 41 Bopz voor. Middelen of maatregelen worden zeer regelmatig toegepast. Het is zeker niet zo dat bewoners en familie het altijd eens zijn met toepassingen. Voor een uitgebreid overzicht wordt verwezen naar het deelonderzoek 'interne rechtspositie van bewoners in psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg' van de Vrije Universiteit.

6.4.3 Waarom wordt er niet geklaagd?

Er zijn volgens de respondenten binnen de instellingen en de sleutelfiguren veel oorzaken aan te wijzen waarom door potentiële klagers geen klacht wordt ingediend. Hieronder volgt een overzicht.

In de psychogeriatric geldt dat bewoners zelf doorgaans niet meer in staat zijn om een officiële klacht in te dienen. In de verstandelijk gehandicaptenzorg is dit sterk afhankelijk van het niveau. Een probleem is dan dat klachten van bewoners niet altijd herkend worden als zodanig.

'Iemand die elke week naar de kapper moet en dus iedere week weer een ontzettend gekrijs en geschreeuw vertoont. Je merkt gewoon aan alles dat zo iemand dat heel erg vervelend vindt. Dat wordt op een gegeven moment geëtiketteerd als die mevrouw wil nooit naar de kapper. Dat is gewoon een kwestie van doorpakken en dan is het zo gauw mogelijk gebeurd. Dat wordt niet benoemd als een klacht en zo zijn er veel meer dingen: mensen die hun eten van zich afschrijven zijn kieskeurig. Het is denk ik onvrede van cliënten op een goeie manier signaleren en vertalen. Daar is kennis en ervaring voor nodig en ook een bepaalde wil. Je moet dingen willen zien en willen duiden en als je dat niet wilt of kan gebeurt daar niets mee' (sleutelfiguur 4)

Als het gaat om het gebruik maken van het klachtrecht is een belangrijke rol weggelegd voor de vertegenwoordiger: hetzij om de gehele klachtenprocedure op zich te nemen, hetzij om bijstand aan de bewoner te verlenen. In dat geval moet het klachtrecht voldoende onder potentiële klagers bekend zijn. Volgens veel respondenten gebeurt het onder de aandacht brengen van de procedure nog steeds onvoldoende. Dikwijls zijn er wel folders ontwikkeld - in de verstandelijk gehandicaptenzorg zelfs in sommige gevallen met pictogrammen, volledig afgestemd op de bewoner - maar respondenten geven aan dat instellingen de folders te weinig onder de aandacht brengen. De folders worden niet op een zichtbare plaats neergelegd en verder ondernemen instellingen ook te weinig te om de klachtenprocedure mondeling bekend te maken.

Een andere factor is de cultuur binnen de instelling. In veel instellingen heerst het adagium dat klachten in de lijn behoren te worden opgelost. Dat straalt uit naar de potentiële klager, waardoor die niet snel rechtstreeks gebruik zal maken van de klachtenprocedure. Een vertegenwoordiger formuleert dit als volgt:

'Ik weet dat ik een klacht in kan dienen en dat het de bedoeling is dat ik dan eerst naar de EVV-er [eerst verantwoordelijke verzorgende] ga. Vervolgens kan ik het ook hogerop zoeken'
(vertegenwoordiger)

De meeste instellingen stellen formeel een poging tot oplossing van de klacht via de lijn niet verplicht, maar stimuleren dit wel. Een secretaris van een instelling waar het oplossen in de lijn niet verplicht wordt gesteld vertelt:

'Voordat een klacht bij de klachtencommissie komt, móet er eerst een voortraject zijn doorlopen. Ik let hier altijd op. Als dat nog niet gebeurd is, neem ik contact op met de klachtenfunctionaris. Er zijn gelukkig veel zorgvragers die direct naar de klachtenfunctionaris gaan' (secretaris klachtencommissie)

Andere klachtencommissies hebben de neiging om klachten zelf ook eerst in de lijn op te lossen, in plaats van er een officiële procedure van te maken:

'Je gaat dan wel eerst bekijken of je zo'n klacht meteen in een procedure moet gieten, of dat je eerst gaat kijken wat er precies aan de hand is, wat het probleem is en hoe je dat oplost. Bij de klacht van de bewoner waar ik het net over had hebben we het op die tweede manier aangepakt, en dan komt de klachtencommissie er uiteindelijk helemaal niet aan te pas. Ik bekijk zelf hoe die klacht aangepakt moet worden' (secretaris klachtencommissie)

Een bijkomend probleem bij het oplossen van klachten in de lijn is - zo wordt door verschillende respondenten aangegeven - dat de weg naar de klachtencommissie wel heel lang wordt, en klagers voor die tijd al afhaken. Zeer frequent wordt afhankelijkheid van bewoner en vertegenwoordiger ten opzichte van de zorg, als mogelijke oorzaak voor niet-klagen genoemd. Een groot verschil met de sector psychiatrie is dat in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric menschen doorgaans voor de rest van hun leven in de instelling verblijven. Het gaat niet om een tijdelijk verblijf. Daardoor ontstaat een gevoel van afhankelijkheid en dat gevoel leidt tot angst voor represailles. De meeste respondenten vinden die gevoelens van angst begrijpelijk, maar lang niet altijd terecht. Toch is het moeilijk die angst om te klagen weg te nemen. In een enkel geval is de angst echter wel terecht. Sommige respondenten adviseren, als vertegenwoordigers het met de behandeling niet eens zijn, om het familielid over te brengen naar een andere instelling. Een andere respondent vraagt de familie om begrip voor een opgelegde maatregel. Iemand moet dan volhardend zijn, wil hij of zij daarna nog een klacht indienen. Twee voorbeelden:

'Er loopt nu een casus die wellicht zal worden doorgegeven aan de Inspectie: een familie wil dat hun moeder rond kan lopen, terwijl volgens de arts de moeder niet meer mag lopen. Er is een second opinion aangevraagd. De keuze is ofwel dwang of M&M-nood, ofwel overplaatsing van de vrouw naar een ander verpleeghuis. Als je met de familie niet tot overeenstemming komt, ben ik zelf eigenlijk toch meer voor het laatste. Stel dat je vastlegt: 'geen M&M bij deze patiënt. Als er dan iets gebeurt later, stelt zo'n familie je toch aansprakelijk als instelling' (directeur)

'Laatst was er bijvoorbeeld nog een familie die zich tegen toepassing van een Zweedse band verzette. Er is toen gezegd: 'ga er dan maar een nacht bijzitten, dan zie je dat het noodzakelijk is.' In dit geval is met de familie afgesproken het een week aan te zien. Ze zijn uiteindelijk akkoord gegaan als dan alsnog blijkt dat het nodig is, de Zweedse banden alsnog zullen worden aangebracht' (verpleeghuisarts)

Veel geïnterviewde vertegenwoordigers zijn zelf echter ook van mening dat het oplossen in de lijn de beste weg is. Aangenomen mag worden dat in veel gevallen klachten op die manier ook aan de orde worden gesteld en naar bevrediging worden opgelost. Door sommige vertegenwoordigers worden die angstgevoelens echter wel degelijk ervaren. Een moeder die nogal wat klachten heeft over middelen of maatregelen die op haar verstandelijk gehandicapte dochter werden toegepast, en vergeefs geprobeerd heeft het beleid inzake de zorg voor haar dochter aan te passen, vertelt dat ze nog nooit gebruik heeft gemaakt van de klachtencommissie, omdat zij het gevoel heeft dat dit weinig zin heeft:

'Die hoort toch bij de instelling en er wordt toch niet naar mij geluisterd. Misschien heeft het ook gevolgen in hoe ze met X (naam dochter) omgaan' (vertegenwoordiger)

Andere vertegenwoordigers, medewerkers van instellingen en sleutelfiguren noemen eveneens een gebrek aan onafhankelijkheid van de klachtencommissie als reden, waarom mensen mogelijk geen klacht indienen. Er is dan te weinig vertrouwen, zoals uit bovenstaand citaat ook blijkt, dat een klacht daadwerkelijk iets op zal leveren.

Een laatste reden die enkele malen wordt genoemd is het feit dat vertegenwoordigers niet aanwezig zijn op momenten dat beperkende maatregelen op de bewoner worden toegepast. Instellingen lijken, zo blijkt uit de interviews met medewerkers en vertegenwoordigers, echter serieus werk te maken van het informeren van vertegenwoordigers, als vrijheidsbeperkende maatregelen noodzakelijk zijn. Onbekendheid met de toegepaste maatregelen zou zich voor kunnen doen bij bewoners, waar de familie weinig of niet op visite komt.

Samengevat: uit de interviews komt naar voren dat angst voor represailles, een klachtencommissie die te afhankelijk is, het te weinig onderkennen van klachten van bewoners zelf en een druk op potentiële klagers om klachten in de lijn op te lossen, de belangrijkste redenen zijn waarom klachten uiteindelijk niet bij de klachtencommissie terechtkomen.

6.4.4 Wat te doen?

De stap naar de klachtencommissie is dus voor velen te groot. Zowel door instellingen als brancheorganisaties wordt dit onderkend en de afgelopen jaren hebben dan ook verschillende initiatieven plaatsgevonden, om hiertegen iets te ondernemen.

In de eerste plaats hebben veel instellingen een klachtenfunctionaris aangewezen die de leemte tussen werkvloer en klachtencommissie moet opvullen. Uit de enquête blijkt dat in de

instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (n=98) 44,9%, in 74,1% van de verpleeghuizen (n=205) en 64,3% % van de verzorgingshuizen een klachtenfunctionaris aanwezig is. Deze persoon is in het algemeen een aanspreekpunt binnen de instelling voor klachten en kan bovendien indien noodzakelijk bemiddelen tussen bewoner of vertegenwoordiger en medewerker. Opvallend is dat in de verstandelijk gehandicaptenzorg minder klachtenfunctionarissen voorkomen. Daarnaast heeft bij respectievelijk 23,5%, 12,7% en 0% van de instellingen een andere medewerker, bijvoorbeeld maatschappelijk werkende, pastoraal medewerker of een lid van de klachtencommissie een soortgelijke rol toebedeeld gekregen. Gezien de manier van vraagstelling, is het mogelijk dat meer functionarissen een dubbelrol binnen de instelling vervullen. Uit het onderzoek van Nivel komen hogere cijfers naar voren. Uit dit onderzoek blijkt dat 67% van de klachtenfunctionarissen in verpleeghuizen en 64% in verzorgingshuizen tevens een andere functie binnen de instelling heeft. Daarbij worden dezelfde nevenfuncties genoemd die uit onderhavig onderzoek naar voren komen. Uit de interviews en het Nivel-onderzoek blijkt bovendien dat klachtenfunctionarissen dikwijls vrijwilliger zijn.

In 59,4% van de verpleeghuizen (n=202), 48,0% van de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (n=98) en 50,0% verzorgingshuizen (n=14) mag de klachtenfunctionaris bemiddelen bij alle soorten klachten. In de overige gevallen heeft hij een beperkt mandaat en mag hij in het algemeen geen Bopz-klachten behandelen. Ook komt het voor dat bemiddeling überhaupt niet door de klachtenfunctionaris gebeurt, maar bijvoorbeeld door een lid van de klachtencommissie. Dit is het geval bij 13,3% van de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg en 5,4% van de verpleeghuizen. In enkele gevallen vindt er in het geheel geen klachtenbemiddeling plaats. In alle sectoren is dit bij ongeveer 1,5% van de instellingen het geval.

Uit het onderzoek kan niet worden afgeleid of instellingen die een klachtenfunctionaris in huis hebben een beter functionerende klachtenprocedure hebben. Aan de toeloop van de Bopz-klachten is het niet merkbaar en bovendien is het aantal te gering om een verband af te leiden tussen de aanwezigheid van een klachtenfunctionaris en het aantal Bopz-klachten bij de klachtencommissie. Ook kan niet worden afgeleid of klachtenfunctionarissen klachten bij de klachtencommissie 'wegvangen'. Het is niet bekend of veel functionarissen een registratie bijhouden van het aantal klachten dat bij hen binnenkomt. Bij de geïnterviewde functionarissen is dit in ieder geval niet zo.

Een tweede actie die instellingen hebben ondernomen is dat men tegenwoordig probeert meer bekendheid te geven aan de klachtenprocedure, dit mede naar aanleiding van de uitkomsten van eerdere wetsevaluaties. In de bezochte instellingen zijn folders ontwikkeld. Medewerkers geven aan in voorkomende gevallen naar de klachtencommissie te verwijzen en op voorlichtingsavonden aan familie wordt door klachtencommissies en klachtenfunctionarissen bekendheid gegeven aan het bestaan van de klachtenprocedure.

6.4.5 Verbeteringen klachtenprocedure

Ondanks het feit dat in de onderzochte instellingen pogingen zijn ondernomen om de klachtenprocedure te verbeteren, heeft dit niet geleid tot een toename in het gebruik ervan. Het klachtrecht levert dan ook geen bijdrage aan de rechtspositie van de Bopz- en Niet-Bopz-bewoners. Aan alle respondenten is de vraag gesteld of het klachtrecht, en met name het Bopz-klachtrecht, dan niet moet worden afgeschaft. Geen van de respondenten vindt echter dat dit moet gebeuren. Het klachtrecht wordt gezien als een sluitstuk van de rechtspositie van bewoners. In een uiterste geval moet er een loket zijn, waar men met klachten terecht kan. Het is echter voor iedereen duidelijk dat de huidige klachtenprocedure onvoldoende bijdraagt aan de bescherming van de rechtspositie van bewoners. Aan die bescherming zal dan ook het nodige

dienen te worden verbeterd en niet alleen voor Bopz-bewoners, maar ook voor vrijwillig opgenomen bewoners. De respondenten dragen verschillende suggesties aan die hieronder zullen worden besproken.

6.4.6 Introductie patiëntenvertrouwenspersoon

Zoals uit par. 6.3 bleek, wordt in verschillende eerdere onderzoeken de introductie van een patiëntenvertrouwenspersoon bepleit om het klachtrecht te verbeteren en de rechtspositie van de bewoners in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric te versterken. Een belangrijke vraag in alle interviews was dan ook of men de wenselijkheid van de introductie van een dergelijke figuur in deze sectoren onderschrijft. Sleutelfiguren zijn het met deze stelling overwegend eens, hoewel een enkeling de verwachting uitspreekt dat een patiëntenvertrouwenspersoon het functioneren van een klachtrecht niet echt zal verbeteren, omdat het gevaar blijft bestaan dat er geen gebruik van wordt gemaakt. In het veld blijkt men echter terughoudender. De meningen onder de geïnterviewde instellingsmedewerkers zijn verdeeld en liggen ongeveer 50-50. De mensen die in beginsel positief reageren, benadrukken het voordeel van de onafhankelijke positie van de patiëntenvertrouwenspersoon. Wel vraagt een aantal van deze respondenten zich af of van een patiëntenvertrouwenspersoon gebruik zal worden gemaakt en of het derhalve een verbetering oplevert. De helft van deze respondenten die meer afwijzend staan tegenover een patiëntenvertrouwenspersoon, hebben veel sterker het idee heeft dat een patiëntenvertrouwenspersoon niets toevoegt aan de bestaande procedure. Vaak is men tevreden over de eigen klachtenfunctionaris of vertrouwenspersoon die al binnen de instelling rondloopt. Kan iemand van buitenaf aan diezelfde verwachtingen voldoen? Enkelen vinden een introductie zelfs ronduit een negatieve ontwikkeling. Eén respondent is bang dat dit nog meer bureaucratie binnen de instelling met zich mee zal brengen: nog meer registraties en verslagen. Hij is meer voorstander van informele oplossingen, bijvoorbeeld een vertegenwoordigersoverleg. Een ander zegt:

'Een patiëntenvertrouwenspersoon die een bewoner bijstaat, kan diens mening verdraaien. Er kan ook heel veel uit de bewoners zelf komen. Zo hebben bewoners onlangs zelf een cursus gegeven aan de medewerkers over hoe ze behandeld willen worden' (beleidsmedewerker)

Een derde aarzeling:

'Een patiëntenvertrouwenspersoon moet oppassen met wat hij vraagt en zegt. Hij kan veel losmaken bij bewoners' (arts verstandelijk gehandicaptenzorg)

Opvallend is dat ook verschillende vertegenwoordigers aangeven geen behoefte te hebben aan een patiëntenvertrouwenspersoon. Zij zien meer in een eigen aanpak: zelf op degene afstappen tegen wie ze een klacht hebben. Zij vinden dat men daar meer mee kan bereiken en dat een patiëntenvertrouwenspersoon dat eigen initiatief van de vertegenwoordiger niet aanmoedigt.

6.4.6.1 Klachtenfunctionaris versus patiëntenvertrouwenspersoon

Hierboven wordt beschreven dat het veld, meer dan sleutelfiguren, aarzelt bij de introductie van een patiëntenvertrouwenspersoon. Het belangrijkste bezwaar lijkt te zijn dat de patiëntenvertrouwenspersoon niets toevoegt aan de bestaande klachtmogelijkheden bij de klachtenfunctionaris en dat de verwachting is dat van deze mogelijkheid net zo weinig gebruik zal worden gemaakt. Beide bezwaren worden echter weerlegd door eerder genoemd onderzoeken van het Nivel en de Contactgroep Zorgvragers Zuid-Holland (Dane, Lindert, en Friele 2000; Contactgroep Zorgvragers Zuid-Holland 2001).

Uit onderhavig onderzoek blijkt dat de invulling van de functie van klachtenfunctionaris niet zonder problemen gepaard gaat en daarom niet altijd kan bijdragen tot een optimale bijdrage aan de rechtspositie van bewoners. Een knelpunt dat met betrekking tot de invulling van de functie van klachtenfunctionarissen in instellingen naar voren komt is dat – zoals in par. 6.4.4. reeds werd aangegeven – bijna de helft van de klachtenfunctionarissen niet bevoegd is om te bemiddelen bij klachten op grond van art. 41 Bopz, en dus om die reden geen bijdrage kan leveren aan versterking van de rechtspositie van bewoners op dit terrein. Ook in de interviews met klachtenfunctionarissen worden enige knelpunten met betrekking tot de invulling van hun functie aangegeven.

In de eerste plaats blijkt dat het feit dat klachtenfunctionarissen een onderdeel vormen van de instelling, een probleem kan zijn. Sommige klachtenfunctionarissen ervaren wel eens een loyaliteitsconflict: bij bemiddeling, kunnen ze vaker begrip opbrengen voor de tekortkomingen van de instelling, omdat ze weten wat er speelt. Daarmee hebben ze het gevoel dat ze niet altijd voluit de belangen van de bewoner kunnen behartigen. Een secretaris van een klachtencommissie signaleert het negatieve stempel, dat een klachtenfunctionaris van andere medewerkers kan krijgen.

'Belangrijk voordeel van een pvp vind ik wel dat deze er voor de bewoner is. Zelf kun je je toch niet helemaal losmaken van het beleid van de instelling, of de beperkingen die je zelf binnen de instelling ziet' (klachtenfunctionaris)

'Ik sta aan de kant van degene die klaagt, daar ga ik voor. Maar ik weet een heleboel van de instelling, want daar werk ik voor. Dat is soms een voordeel, maar soms ook een nadeel. Dan heb ik misschien wel eens te veel begrip voor de tekortkomingen van de instelling' (klachtenfunctionaris)

'Een klachtenfunctionaris zou van buiten moeten komen en is onafhankelijker. Iemand van binnenuit krijgt snel het etiket van een boeman. Als ik erover nadenk, zou ik me wel kunnen voorstellen dat voor bepaalde delen van de organisatie een klachtenfunctionaris in de zin van een patiëntenvertrouwenspersoon zeer welkom zou zijn. Velen hebben toch meer behoefte aan een onafhankelijk iemand' (secretaris klachtencommissie)

Een aantal klachtenfunctionarissen neigt dus naar een voorkeur voor onafhankelijkheid van de instelling. Een voormalig klachtenfunctionaris werd door de klachtencommissie als te weinig onpartijdig ten opzichte van de instelling bestempeld. Om die reden is nu iemand van buiten de instelling als klachtenfunctionaris aangesteld.

'Sinds '97 is de vertrouwenspersoon iemand van buiten de instelling. Daarvoor deed de maatschappelijk werkende het. Ik heb dit overgedragen omdat ik destijds met twee zaken geconfronteerd werd, waaruit bleek dat het beter was dat de vertrouwenspersoon iemand was die los van de instelling functioneert. Volgens de (externe) klachtencommissie was in beide gevallen de vertrouwenspersoon niet onpartijdig. De huidige vertrouwenspersoon is wel extern en houdt één keer per maand spreekuur. Daar wordt wisselend gebruik van gemaakt' (maatschappelijk werkende)

Een tweede punt dat door klachtenfunctionarissen naar voren wordt gebracht is dat de afstand voor de potentiële klager te groot kan zijn.

'Is er een klacht binnenkomt wordt die in eerste instantie met de EVV-er besproken. Kom je er dan niet uit dan kan het eventueel worden besproken met de vertrouwenspersoon die eventueel

ook kan bemiddelen. Kom je er dan ook niet uit, dan kun je naar de externe klachtencommissie gaan' (klachtenfunctionaris)

'Die functie wordt ingevuld door de maatschappelijk werkende. Die vertrouwenspersoon komt echter niet op de groepen. Alleen bewoners van hoog niveau kunnen er dus eigenlijk terecht, want die kunnen zich goed uiten en weten de weg te vinden' (secretaris klachtencommissie)

Tot slot is het meestal de taak van de geïnterviewde klachtenfunctionarissen om tussen partijen te staan, niet om de belangen van bewoners of vertegenwoordigers voorop te stellen. Mogelijk-kerwijs werpt dit ook een drempel tot klagen op.

6.4.6.2 Profiel patiëntenvertrouwenspersoon

Als een patiëntenvertrouwenspersoon in psychogeriatric en/of de verstandelijk gehandicapten-zorg wordt geïntroduceerd is het belangrijk te weten welke aan welke eisen hij of zij dient te voldoen. Hieronder wordt op basis van de gedragsregels die door de Stichting Patiëntenver-trouwenspersoon zijn opgesteld (Stichting PVP, 1999), een korte profielschets gegeven van de patiëntenvertrouwenspersoon die in de psychiatrie rondloopt. Vervolgens wordt een reactie gegeven van de respondenten op de belangrijkste kenmerken en wordt aangegeven in hoeverre het profiel in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg overeen zou moeten komen. Indien relevant wordt daarbij een onderscheid gemaakt naar sector.

In de psychiatrie

Uitgangspunt is dat de patiëntenvertrouwenspersoon in zijn handelen onafhankelijkheid naar de instelling betracht. Hij moet de nodige acties ondernemen ter verzekering van een goede bekendheid en bereikbaarheid binnen de instelling. Verder heeft de patiëntenvertrouwenspersoon een informatiefunctie ten opzichte van de cliënt, en doet hij aan klachtenbegeleiding en bemiddeling. Het is bij de uiting van klachten belangrijk dat de klacht door de cliënt zelf wordt geuit. Ook als een derde zegt namens de cliënt te klagen, dient de patiëntenvertrouwenspersoon te verifiëren of de cliënt zelf de klacht deelt. Als dat niet het geval is onderneemt hij in principe geen actie. Wanneer de cliënt een klacht bij de klachtencommissie wil indienen, kan de patiëntenvertrouwenspersoon ondersteuning en bijstand verlenen. Een andere belangrijke functie van de patiëntenvertrouwenspersoon is signalering. Hij kan tekortkomingen in de structuur en het functioneren van de organisatie van de instelling signaleren, voor zover deze aan de rechten van cliënten afbreuk doen. Ook hier betracht hij een zekere lijdelijkheid. Een signaal moet gebaseerd zijn op vragen en/of klachten van cliënten en/of gegevens die de patiëntenvertrouwenspersoon bij informatieverstrekking of klachtenbegeleiding en –bemiddeling ter kennis zijn gekomen. Heft de directie van de instelling de tekortkoming niet op, dan kan hij die voorleggen aan de inspectie of officier van justitie. Ook kan de patiëntenvertrouwenspersoon gepaste actie ondernemen als hij een onaanvaardbare situatie in de individuele cliënten-zorg constateert en de betrokken cliënt niet in staat is om actie te ondernemen. Een actie kan dan bestaan uit een melding bij de betreffende afdeling, de directie van de instelling, de inspectie of de officier van justitie. Tot slot wordt over de houding van de patiëntenvertrouwenspersoon ten opzichte van anderen onder meer beschreven dat hij met voldoende distantie handelt ten opzichte van de instellingsmedewerkers, zodat onafhankelijkheid gewaarborgd is en dat hij met vertegenwoordigers pas in contact treedt na toestemming van de cliënt.

Uit bovenstaande komt naar voren dat de patiëntenvertrouwenspersoon in de psychiatrie de cliënt centraal stelt, onafhankelijk is ten opzichte van de instelling en zich in beginsel lijdelijk opstelt. Verder heeft hij een signaleringsfunctie ten aanzien van algemene misstanden en in beperkte mate ook van individuele zorg bij cliënten die hun eigen belangen niet meer kunnen behartigen.

In de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg

Als er een vertrouwenspersoon in psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg wordt geïntroduceerd, ligt het voor de hand de rolinvulling te toetsen aan die van de pvp in de psychiatric. Daar bestaat immers ruim twintig jaar ervaring op dit gebied. Daarom zijn bovenstaande kenmerken aan de respondenten voorgelegd en is hun gevraagd om een reactie. Hieronder volgen de resultaten.

** De bewoner centraal*

Een belangrijk onderscheid met de psychiatric is dat in psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg de bewoner niet of veel minder mondig is. Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg geldt in vergelijking tot de psychogeriatric dat er veel niveauverschillen zijn: sommige bewoners kunnen wel voor hun belangen opkomen, andere veel minder. In beide sectoren is een belangrijke rol weggelegd voor de vertegenwoordiger, als het gaat om belangenbehartiging. Veel respondenten vragen zich daarom af of het juist is uitsluitend de bewoner centraal te stellen en vinden dat een patiëntenvertrouwenspersoon er zowel voor de bewoner als de vertegenwoordiger zou moeten zijn.

De rol van vertegenwoordigers is een lastige. Enerzijds behartigen zij de belangen van de bewoner, anderzijds hebben zij ook hun eigen gedachten en gevoelens over wat het beste is voor hun familielid. Deze dubbelrol zou ertoe kunnen leiden dat zij niet altijd in staat zijn de belangen van de bewoner voorop te stellen.

'Ik heb in het begin even strijd gevoerd over het feit dat bewoners niet gefixeerd worden. Mijn vader zit min of meer gefixeerd. Na zijn operatie (aan de prostaat) had hij last van schokken. Dan zat hij ineens zomaar naast zijn stoel. Ik heb toen gezegd dat hij wel gefixeerd moest worden, omdat ik niet wilde dat mijn vader weer op de grond kwam te liggen, en dan eventueel weer een heup zou breken. Dat druiste wel in tegen de visie van het verpleeghuis, dus dat maakte wel wat discussie los. Na veel discussies zijn we uitgekomen op een blad en daar zit hij nu veilig achter. Ik begrijp best de visie van het verpleeghuis om in principe niet te fixeren, maar ik kijk naar mijn vader en zie het gevaar' (vertegenwoordiger)

'Het kan voorkomen dat instelling en vertegenwoordiger het niet eens zijn met elkaar. En dat mensen denken van o jee, ik zeg maar niets, want ik kan toch onmogelijk die persoon weer mee naar huis nemen. Want dat gaat niet meer, dus dat speelt ook mee. Dat is die afhankelijkheid. Heel zwaar weegt dat' (sleutelfiguur 3)

De meeste respondenten vinden echter dat de dubbelrol die een vertegenwoordiger kan hebben toch zelden ten koste gaat van de belangen van de bewoner. In het algemeen lopen de belangen parallel.

'Kijk, als een familielid vindt dat het maar beter is als moeder wordt vastgebonden, dan is dat het typische voorbeeld van als je nou één laagje dieper kijkt, dan vindt dat familielid het natuurlijk net zo vervelend als de cliënt zelf op zijn manier, dat dat personeelstekort het wint van het vastbinden, maar uiteindelijk wil dat familielid ook gewoon dat dat vastbinden niet nodig is' (sleutelfiguur 8)

De rol van de vertegenwoordiger zou in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg dus nadrukkelijker een plaats moeten krijgen in de contacten met de patiëntenvertrouwenspersoon. Alleen in gevallen waarin de wens van de bewoner nadrukkelijk conflicteert met die van de vertegenwoordiger, moet de eerste prevaleren. Een patiëntenvertrouwenspersoon die vanuit

de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon in de verstandelijk gehandicaptenzorg werkt zegt hierover:

'Als vertegenwoordiger en kind het niet met elkaar eens zijn, volg ik gewoon die gedragsregel die wij hebben, dus dat het kind uiteindelijk het laatste woord heeft. Maar ik moet zeggen het komt bijna nooit voor. Er zijn wel eens nuanceverschillen, maar ik heb het nog niet meegemaakt dat zij recht tegenover elkaar stonden' (patiëntenvertrouwenspersoon)

Volgens respondenten heeft de patiëntenvertrouwenspersoon in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric, in tegenstelling tot die in de psychiatrie, naast de bewoner veel meer met familie en vertegenwoordigers te maken. Daarvoor dient ruimte te zijn. Wel dient bij conflictsituaties tussen wensen van de bewoner en die van vertegenwoordiger het belang van de bewoner te prevaleren.

** Onafhankelijkheid ten opzichte van instelling*

De meeste respondenten vinden het belangrijk dat de patiëntenvertrouwenspersoon onafhankelijk is ten opzichte van de instelling. Opvallend is dat veel klachtenfunctionarissen die nu nog in dienst zijn van de instelling onderkennen dat een patiëntenvertrouwenspersoon beter onafhankelijk van de instelling kan zijn.

'Belangrijk voordeel van een pvp-er vind ik wel dat deze er voor de bewoner is. Zelf kun je je toch niet helemaal losmaken van het beleid van de instelling, of de beperkingen die je zelf binnen de instelling ziet' (klachtenfunctionaris)

'Maar als ik merk hoeveel druk er af en toe op mij wordt uitgeoefend om toch vooral de kant van de instelling te zien, dan denk ik hoe moet dat dan wel zijn als je ergens in dienst bent? Want dan ben je natuurlijk nog veel meer van hen' (patiëntenvertrouwenspersoon)

Enkele respondenten zijn wat meer aarzelend over de wenselijkheid van een onafhankelijke patiëntenvertrouwenspersoon, zij zijn er niet echt op tegen, maar vragen zich af of het wel zal functioneren:

'In een vertrouwenspersoon zie ik minder. Ik heb het gevoel dat ik zelf zo'n vertrouwenspersoon voor de mensen ben. Dat wil ik in ieder geval wel zijn. Ik vraag mij af of een onafhankelijke persoon die niet altijd bij de verzorging is een dergelijk contact met de mensen zou kunnen krijgen. Mocht zo'n persoon in de instelling worden geïntroduceerd dan is hij of zij uiteraard van harte welkom, maar ik betwijfel of het echt een succes zou worden' (zorgcoördinator)

Ook andere respondenten spreken de vraag uit of een onafhankelijke vertrouwenspersoon wel een vertrouwensband met de bewoners en hun familie kan creëren.

Uit bovenstaande vloeit voort dat een patiëntenvertrouwenspersoon onafhankelijk is van de instelling, maar dat mogelijke bezwaren van enkele respondenten worden ondervangen, doordat een patiëntenvertrouwenspersoon in voldoende mate aanwezig is en gezien wordt, opdat een vertrouwensband met betrokkenen kan ontstaan.

** Lijdelijke opstelling*

In de psychiatrie stelt de patiëntenvertrouwenspersoon zich terughoudend op. In beginsel wordt veel aan het initiatief van de patiënt overgelaten. In de verstandelijk gehandicaptenzorg, maar zeker ook de psychogeriatric, waar bewoners zich dikwijls niet of niet meer kunnen uiten, ligt dit volgens de respondenten genuanceerder. Dat vraagt om een andere opstelling van de patiëntenvertrouwenspersoon. De vraag rijst echter op welke manier dat dan ingevuld moet worden.

Alle respondenten zijn het er over eens dat het niet zo kan zijn dat een patiëntenvertrouwenspersoon zijn lijdelijkheid compleet laat varen en zelfstandig klachtwaardige situaties signaleert en vervolgens een klachtenprocedure start. Evenmin vinden de meesten dat de patiëntenvertrouwenspersoon volledig afwachtend moet zijn totdat een bewoner op hem afstapt met een klacht. De meningen zijn verspreid tussen deze twee uitersten. Hieronder volgt een korte opsomming van aanpassingen die zouden kunnen worden gedaan:

- De patiëntenvertrouwenspersoon zou, zoals boven aangegeven, meer kunnen werken op initiatief van de vertegenwoordiger. Kanttekening hierbij is dat lang niet iedereen een vertegenwoordiger heeft die regelmatig bij de bewoner langskomt, en dat betekent dat deze misstanden ook niet of niet snel zal signaleren. Een aantal respondenten stelt daarom voor om de patiëntenvertrouwenspersoon een signaleringsfunctie te geven. Als hij misstanden opmerkt kan hij dat dan bespreekbaar maken binnen de instelling en de vertegenwoordiger. Eventueel kan hij een klachtenprocedure in gang zetten als vertegenwoordiger en bewoner dit wensen. Zonder goedkeuring van een van deze personen mag hij dat echter nooit doen.

'Het is een verhoudingsgewijze actieve rolspeler bij het signaleren van problematiek. Dat je daar in de organisatie ook op een onafhankelijke manier mee om kunt gaan, dus je moet ergens op een bepaalde manier alles ook verankeren, zodat zo iemand ook de ruimte heeft die hij nodig heeft. De taakstelling is het oplossen van problemen en het aandragen van leermomenten. En niet het spelen van advocaat voor cliënten' (sleutelfiguur 9)

- De patiëntenvertrouwenspersoon zou meer actief op de afdeling moeten komen. Zelf met mensen gaan praten, zorgen dat hij de mensen kent en omgekeerd. Van de een mag de patiëntenvertrouwenspersoon wat verder gaan in het hebben van een actieve houding dan van de ander.

'Een patiëntenvertrouwenspersoon in de verstandelijk gehandicaptenzorg of psychogeriatric moet heel anders te werk gaan dan in de psychiatrie, want die moet afwachten of iemand naar hem of haar toekomt. Je moet op zoek, inderdaad, in deze chronische zorg moet je op zoek. En je moet kunnen communiceren, ook met ernstig verstandelijk gehandicapten en mensen die per definitie communicatiestoornissen hebben, want het gaat dan niet in eerste instantie om die ouders of familie. Je moet dus omdat je met meerdere partijen te maken hebt en eigenlijk het subject waar het om gaat geen stem heeft, die moet je een stem geven' (sleutelfiguur 3)

'Ik kan me zelfs voorstellen dat je als vertrouwenspersoon iets ziet, dat je eens contact opneemt met de vertegenwoordiger en verslag doet. Ik wil niet zeggen dat je niet iets mag losweken. Maar ik zou uiterst voorzichtig zijn, zeker bij wilsonbekwame mensen, om te zeggen ik heb daar iets gezien, ik ga eens even naar het afdelingshoofd. Wie ben ik om dat te doen?' (sleutelfiguur 4)

In de instellingen denkt men eveneens wisselend over een actieve bemoeienis van de patiëntenvertrouwenspersoon op de werkvloer. De standpunten bevinden zich tussen dezelfde uitersten. Wel is het zo dat mensen, naarmate de patiëntenvertrouwenspersoon zich actiever opstelt, de kans groter wordt dat dit door medewerkers niet wordt geapprecieerd.

'Als een cliënt zelf niet in staat is om een klacht te verwoorden, kan iemand anders als buitenstaander kijken van ik vind niet dat dat door de beugel kan en die kan dan een

klacht indienen. Toch denk ik dat zo'n persoon een heel verveld verblijf krijgt' (arts voor de verstandelijk gehandicaptenzorg)

- Met name in de verstandelijk gehandicaptenzorg moet veel moeite gedaan worden om bewoners zelf ook duidelijk te maken wat de patiëntenvertrouwenspersoon komt doen en waar hij voor staat. In de psychogeriatric zal die aandacht zich nog meer moeten richten op de vertegenwoordiger.

'Ik moet veel meer echt naar verstandelijk gehandicapten toegaan om bekendheid op peil te houden, maar dat gedaan hebbende is de ervaring dat - ik heb helemaal geen medische ondergrond, ik kan de mate van zwakzinnigheid ook niet goed onder woorden brengen - maar dat ook kinderen die daar niet contactueel heel sterk zijn, toch gebruik kunnen maken van de patiëntenvertrouwenspersoon. En dat vonden we heel opvallend, want dat was eigenlijk helemaal niet de verwachting, maar dat gaat heel goed' (patiëntenvertrouwenspersoon)

- Ten aanzien van wilsonbekwame bewoners die geen familie of vertegenwoordiger hebben, zou de patiëntenvertrouwenspersoon volgens sommige respondenten een deel van de rol van vertegenwoordiger op zich mogen nemen.

'Iemand die helemaal geen familie heeft, of die niemand kan raadplegen, die zou bijvoorbeeld met zo'n ombudsvrouw of -man van tijd tot tijd eens contact kunnen hebben, en eens kunnen bespreken hoe het gaat. Zo heel veel patiënten zijn dat nou ook niet, dus dat zou wel mogelijk moeten zijn. Hij neemt dan bij wijze van spreken een deel van de functie over van een vertegenwoordiger'

In vergelijking tot de psychiatrie komt naar voren dat in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg de patiëntenvertrouwenspersoon een pro-actievere houding naar bewoners en hun vertegenwoordigers dient te hebben. Hij gaat echter niet zover dat hij zelfstandig klachten indient. Wel mag hij zelfstandig misstanden signaleren en aan de orde stellen. Voor bewoners zonder familie mag de bemoeienis op eigen initiatief van de patiëntenvertrouwenspersoon wellicht wat verder gaan.

** Patiëntenvertrouwenspersoon als toezichthouder*

Tot slot zou de patiëntenvertrouwenspersoon nog meer dan in de psychiatrie in deze sectoren volgens meerdere respondenten de rol van toezichthouder op de zorg mogen vervullen en op basis daarvan aanbevelingen moeten doen.

'Je zou het kunnen systematiseren. Dat je bepaalde aspecten inplant, dat je een soort van inspecteursysteem opzet. Je weet vaak toch de momenten wel waarop het misgaat. Als je naar de melding kijkt en dat analyseert, dan weet je heus wel wanneer de meeste meldingen zijn van dingen die niet goed gaan. En daar zul je denk ik een link tussen kunnen leggen. Dan zal hij dus kunnen concluderen dat hij bijvoorbeeld tussen 4 en 6 eens naar die afdeling toe moet. Wat is er afgesproken: wat willen mensen graag, hebben ze een idee wat voor dagindeling ze willen hebben. Wat komt ervan terecht. Systematisch kan een ombudspersoon dit dus allemaal nagaan' (sleutelfiguur 3)

Voor anderen kan dit echter ook te ver gaan:

'Ik zie wel dat de klachtenfunctionaris een rol zou kunnen spelen in het bewustwordingsproces in het denken over middelen of maatregelen, maar ik zou niet iemand op de afdeling willen als

een soort politieagent. Dat lijkt me toch een beetje te ver gaan, want ook de verpleging of verzorging heeft natuurlijk een hele belangrijke signalerende functie. Dus ik zie het wel als een soort van katalysator in dat hele bewustwordingsproces, maar niet als iemand die aan de bel moet trekken' (sleutelfiguur 5)

Volgens sommige respondenten kan een patiëntenvertrouwenspersoon binnen de instelling een belangrijke rol als toezichthouder vervullen. Een goede dialoog met de instelling is daarbij belangrijk, onder meer om bezwaren als bovenstaand uit de weg te nemen. Het gaat erom dat bij de instelling een bewustwording op gang komt van wat verantwoorde zorg is, waarbij zo min mogelijk inbreuk gemaakt wordt op de rechtspositie van de bewoner.

6.4.6.3 Enkele andere kanttekeningen inzake de pvp

Uit vorenstaande volgt dat de introductie van een patiëntenvertrouwenspersoon in beide sectoren de rechtspositie van bewoners kan versterken. Toch mogen enkele kanttekeningen die respondenten maken niet onvermeld blijven.

In de eerste plaats dienen de financiën een punt van aandacht te zijn. Om een patiëntenvertrouwenspersoon te introduceren die in staat is te functioneren volgens alle randvoorwaarden zal er geld van de overheid moeten komen. Respondenten wijzen erop dat instellingen, als ze verplicht worden een patiëntenvertrouwenspersoon uit eigen middelen te financieren, voor minimumvarianten zullen kiezen, die waarschijnlijk weinig toe zullen voegen aan de bestaande klachtenfunctionaris en –procedure.

'En als er extra geld bij zou komen zou ik het minder erg vinden, maar het is een hele grote praktijk en er is te weinig mankracht. Als er dan weer iemand bij komt die op het budget drukt en voor die persoon kunnen ze ook een ziekenverzorger in dienst stellen, wat heb je dan liever? Het is allemaal leuk en wel, er moet ook een keer betaald, dus als de overheid het verplicht stelt vind ik dat die ook eindelijk een keer moet helpen. Dat is op zich misschien niet onterecht' (sleutelfiguur 1)

In de tweede plaats leeft bij velen de vraag of er meteen een wettelijke regeling dient te komen voor de patiëntenvertrouwenspersoon. De ervaringen met het zonder onderzoek invoeren van nieuwe regelingen in de zorg, respondenten wijzen hierbij op de Wet Bopz, de Wet klachtrecht en de Wet medezeggenschap cliënten zorgsector, zijn niet onverdeeld gunstig. Liever hebben ze dat vooraf een goede pilot wordt uitgevoerd, zodat voor iedere sector kan worden uitgezocht wat de beste vorm is. Voor het opzetten van een goede pilot zullen alle betrokkenen het belang van de bewoner dienen te laten prevaleren en eigen belangen opzij moeten zetten. In het verleden is een pilot in de verstandelijk gehandicaptenzorg, opgezet door de Stichting patiëntenvertrouwenspersoon, de Inspectie Gezondheidszorg en enkele brancheorganisaties om die reden mislukt.

Een andere bedenking bij het direct ontwikkelen van een wettelijke regeling is het gevaar dat sommige instellingen door het verplichtende karakter ervan, dan invoering juist zullen tegenwerken, als ze zelf niet direct de noodzaak van de introductie van een patiëntenvertrouwenspersoon zien. Met name brancheorganisaties pleiten er dan ook voor om een poging te doen om de introductie eerst over te laten aan zelfregulering.

6.5 Conclusies

Het klachtrecht in de psychogeriatrie en verstandelijk gehandicaptenzorg is tot op heden nooit echt van de grond gekomen. Dat geldt in bijzondere mate voor het Bopz-klachtrecht. In de huidige vorm levert het weinig of geen bijdrage aan de bescherming en versterking van bewoners in deze sectoren. In beide sectoren is een poging gedaan om het klachtrecht te verbeteren door de introductie van een klachtenfunctionaris. Met name in de psychogeriatrie komt de klachtenfunctionaris binnen de instelling veelvuldig voor. 74,1% van de instellingen heeft daar een klachtenfunctionaris. In de verstandelijk gehandicaptenzorg treden klachtenfunctionarissen minder op (44,9%). Dat is opmerkelijk omdat in vergelijking tot de psychogeriatrie waarschijnlijk meer bewoners in staat zijn om te klagen. Wellicht heeft het onderscheid te maken met de mate waarin familie de belangen behartigt van de bewoner. Respondenten geven aan dat de betrokkenheid van familie in de verstandelijk gehandicaptenzorg vaak groter is. Het is mogelijk dat de behoefte daardoor minder gevoeld wordt, omdat vertegenwoordigers aangeven zelf te klagen indien dit nodig is. De pilotstudy die door de Contactgroep Zorgvragers Zuid-Holland verricht is, wijst echter op het tegendeel (Contactgroep Zorgvragers Zuid-Holland 2001).

De klachtenfunctionaris heeft niet echt een bijdrage kunnen leveren aan een verbetering van de klachtenprocedure en al helemaal niet als het gaat om Bopz-klachten: de helft van deze functionarissen is niet bevoegd deze klachten te behandelen.

Sinds kort is de Wet Bopz ook van toepassing in verzorgingshuizen met een Bopz-aanmerking. Met Bopz-klachtrecht zijn daar uiteraard nog geen ervaringen. Dat betekent echter niet dat het hier besprokene niet evenzeer opgaat voor deze sector. Ervaringen met het reguliere klachtrecht leren immers, dat ook hier bijzonder weinig geklaagd wordt.

Het klachtrecht kan worden verbeterd door de introductie van een patiëntenvertrouwenspersoon of een pvp-achtige functionaris. Een meerderheid van de geïnterviewde sleutelfiguren onderschrijft dit. De geïnterviewde instellingsmedewerkers reageren gereserveerder op het idee van een patiëntenvertrouwenspersoon. De bezwaren die zij hebben, worden door ander onderzoek echter weerlegd.

In het onderzoek is aandacht besteed aan het profiel dat een patiëntenvertrouwenspersoon in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatrie dient te krijgen, door een vergelijking te maken met het profiel van de patiëntenvertrouwenspersoon in de psychiatrie. De volgende punten komen naar voren:

1. Er dient ruimte te zijn om naast de bewoner veel meer met familie en vertegenwoordigers te overleggen. Bij conflictsituaties prevaleert echter het belang van de bewoner;
2. De patiëntenvertrouwenspersoon is onafhankelijk van de instelling, maar het is belangrijk dat hij in voldoende mate aanwezig is en gezien wordt, zodat een vertrouwensband met betrokkenen kan ontstaan;
3. De patiëntenvertrouwenspersoon in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatrie is niet lijdelijk maar heeft een pro-actieve houding naar bewoners en hun vertegenwoordigers. Hij gaat echter niet zover dat hij zelfstandig klachten indient. Voor bewoners zonder familie mag de bemoeienis op eigen initiatief van de patiëntenvertrouwenspersoon wellicht wat verder gaan;
4. De patiëntenvertrouwenspersoon kan binnen de instelling een rol als toezichthouder vervullen. Een goede dialoog met de instelling is daarbij belangrijk;

5. Tot slot is de signaleringsfunctie nog meer dan in de psychiatrie van groot belang. Met name voor die bewoners die geen vertegenwoordiger of familie hebben.

Ten aanzien van de organisatie van de patiëntenvertrouwenspersoon is het volgende belangrijk:

- De overheid dient zorg te dragen voor de financiering van de patiëntenvertrouwenspersonen;
- Het is belangrijk niet direct over te gaan tot nieuwe wetgeving, maar eerst ervaring op te doen door middel van een breed opgezette pilot. Daarbij is noodzakelijk dat alle betrokkenen het belang van de bewoner laten prevaleren en eigen belangen hieraan ondergeschikt maken.

7

Het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg

7.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 van deze rapportage is een overzicht gegeven van de wettelijke bepalingen met betrekking tot het toezicht op de naleving van de Wet Bopz door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Onderzocht is hoe in de praktijk met deze bepalingen wordt omgegaan en hoe zowel de Inspectie als de andere betrokken partijen het toezicht ervaren. Op twee manieren zijn gegevens verzameld. In de schriftelijke vragenlijsten aan de Raden van Bestuur van psychiatrische ziekenhuizen is een aantal vragen opgenomen over de Inspectie. Bovendien is gesproken met vertegenwoordigers van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon. Daarvan wordt verslag gedaan in par. 7.2. In par. 7.3 wordt verslag gedaan van het vragenlijstonderzoek in de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Voorts zijn interviews gehouden met Inspectie-medewerkers uit alle vier de Inspectie-regio's alsmede met de waarnemend hoofdinspecteur voor de geestelijke gezondheidszorg (par. 7.4). Tenslotte worden in par. 7.5 een aantal conclusies geformuleerd.

Het onderzoek betreffende de Inspectie heeft zich beperkt tot de zogenaamde interne rechtspositie van de onvrijwillig opgenomen patiënt, d.w.z. diens rechtspositie gedurende het onvrijwillige verblijf in de instelling. Dat is ook het terrein waarop het klachtrecht, het andere onderwerp van dit onderzoeksverslag, betrekking heeft. De Wet Bopz geeft de Inspectie ook bepaalde taken met betrekking tot de onvrijwillige opname van patiënten en het verlenen van verlof of ontslag (externe rechtspositie). Dit deel van de IGZ-taken is buiten beschouwing gebleven, met uitzondering van die gevallen waarin de Bopz-regeling van de externe rechtspositie gevolgen heeft voor het IGZ-toezicht betreffende de interne rechtspositie.

7.2 De ervaringen van de psychiatrische ziekenhuizen en de Stichting PVP

7.2.1 De psychiatrische ziekenhuizen

Aan de Raden van Bestuur zijn vragen gesteld over de ervaringen met en de opvattingen over het Bopz-toezicht door de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ).

Gegevensmelding aan inspectie in 2000

Aan de Raden van Bestuur is gevraagd of ze in het jaar 2000 gegevens gemeld hebben aan de IGZ over uitspraken die gedaan zijn door de klachtencommissie, het toepassen van dwangbe-

handelingen of dwangmiddelen en calamiteiten. Door 1 Raad van Bestuur is deze vraag niet beantwoord. Slechts 1 van de 24 Raden van Bestuur heeft in 2000 over deze onderwerpen helemaal geen gegevens vermeld. De andere 22 Raden van Bestuur geven allemaal aan dat ze over het toepassen van dwangbehandelingen of dwangmiddelen en calamiteiten gegevens aan de IGZ hebben gemeld. Verder geven 19 Raden van Bestuur aan dat ze gegevens hebben gemeld over uitspraken van hun klachtencommissie.

Inhoudelijke reactie inspectie naar aanleiding van een gegevensmelding

Aan de Raden van Bestuur is vervolgens gevraagd of men naar aanleiding van een melding zoals hierboven beschreven een inhoudelijke reactie van de IGZ heeft gekregen. Het blijkt dat alle Raden van Bestuur die gegevens aan de IGZ hebben gemeld, hebben over minimaal 1 van de meldingen een reactie van de IGZ ontvangen. Van de 19 Raden van Bestuur die gegevens aan de IGZ hadden gemeld over uitspraken van de klachtencommissie, hebben 7 hierover een reactie van de IGZ gekregen. En van de 22 Raden van Bestuur die aan de IGZ gegevens hadden gemeld over het toepassen van dwangbehandelingen, middelen/maatregelen en calamiteiten, hebben er respectievelijk 11, 13 en 21 hierover een reactie van de IGZ gehad. Twee Raden van Bestuur hebben op deze vraag geen antwoord gegeven.

Inspectiebezoek

Aan de Raden van Bestuur is ook gevraagd of de IGZ in 2000 hun instelling heeft bezocht. Twee instellingen hebben deze vraag niet beantwoord. Een van de 24 instellingen gaf aan in 2000 niet door de IGZ bezocht te zijn. De andere 21 instellingen hebben wel een bezoek van de IGZ gehad. Acht instellingen zijn bezocht naar aanleiding van 1 van de hierboven genoemde meldingen, 6 instellingen naar aanleiding van een andere specifieke situatie, 18 instellingen in het kader van een algemeen inspectiebezoek en 12 instellingen zijn om een andere reden bezocht. Als andere redenen zijn in de toelichting genoemd:

- uitnodiging van de instelling om de IGZ over ontwikkelingen te formuleren;
- verzoek van de instelling om advies van de IGZ;
- follow-up van een algemeen inspectiebezoek;
- algemene toetsing patiëntendossiers.

Gebruikmaking door IGZ van wettelijke recht om patiëntendossiers in te zien

Verder is aan de Raden van Bestuur de vraag voorgelegd of de IGZ in het jaar 2000 gebruik heeft gemaakt van het wettelijke recht om patiëntendossiers in te zien. Twee maal is deze vraag niet beantwoord. Acht Raden van Bestuur geven aan dat de IGZ in 2000 binnen hun instelling geen patiëntendossiers heeft ingezien. Bij de overige 14 instellingen heeft de IGZ wel gebruik gemaakt van het wettelijk recht om patiëntendossiers in te zien. Zeven maal is door de Raden van Bestuur ook aangegeven in hoeveel gevallen de IGZ in 2000 van dit recht gebruik heeft gemaakt. In 1 instelling was dit 1 maal, in 3 instellingen 2 maal, in 2 instellingen 4 maal en in 1 instelling 5 maal.

Verzoeken van inspectie om onderdelen van beleid aan te passen

Vervolgens is aan de Raden van Bestuur de vraag gesteld of ze in 2000 geconfronteerd zijn met (dringende) verzoeken van de IGZ om onderdelen van het beleid aan te passen. Bij 10 instellingen was dit niet het geval, bij 13 instellingen wel. Eén Raad van Bestuur heeft deze vraag niet beantwoord. Met betrekking tot het soort verzoek dat de instellingen van de IGZ gekregen hebben, kan opgemerkt worden dat dit 9 maal een suggestie was en 4 maal een dringend advies. Dreiging met een maatregel op grond van de Kwaliteitswet is niet voorgekomen.

Oordeel Raden van Bestuur over Bopz-toezicht door inspectie

Aan de Raden van Bestuur is gevraagd hoe zij de aanpak van de IGZ met betrekking tot het toezicht op de naleving van de Wet BOPZ omschrijven. Drieëntwintig van de 24 Raden van Bestuur hebben op deze vraag geantwoord, waarvan 1 Raad van Bestuur geen mening over de aanpak van de IGZ had. Niemand is van oordeel dat men niets merkt van het toezicht van de IGZ. Tien Raden van Bestuur zijn van mening dat de IGZ duidelijk en alert toezicht houdt. Acht maal is men van oordeel dat de IGZ wel toezicht houdt, maar dat niet duidelijk is wanneer de IGZ wel of niet in actie komt. Vier Raden van Bestuur hebben een ander oordeel over de rol van de IGZ:

- De IGZ wil dat wij meer schriftelijk vastleggen dan de wet voorschrijft;
- Het accent van het IGZ-toezicht ligt teveel op de administratieve kant, zou meer diepgang kunnen krijgen;
- Het toezicht door de IGZ is beperkt en vooral gericht op de wettelijke formaliteiten;
- De IGZ reageert vooral "formulier-gestuurd" en formeel, en nauwelijks op inhoud. Meer repressief dan proactief en meedenkend.

Conclusie

Bijna alle Raden van Bestuur geven aan dat er in 2000 gegevens aan de IGZ zijn gemeld over het toepassen van dwangbehandelingen of dwangmiddelen, calamiteiten en uitspraken van de klachtencommissie. Alle Raden van Bestuur die gegevens aan de IGZ hebben gemeld, hebben over minimaal 1 van de meldingen een reactie van de IGZ ontvangen. Bijna alle instellingen hebben in 2000 een bezoek van de IGZ gehad, dit naar aanleiding van 1 van de hierboven genoemde meldingen, een andere specifieke situatie, een algemeen inspectiebezoek of een andere reden. Verder heeft de IGZ bij de meerderheid van de instellingen gebruik gemaakt van het wettelijk recht om patiëntendossiers in te zien en bij ongeveer de helft van de instellingen heeft van de IGZ een verzoek gekregen om onderdelen van het beleid aan te passen. Iets minder dan de helft van de Raden van Bestuur vindt dat de IGZ duidelijk en alert toezicht houdt en een derde van de Raden van Bestuur is van oordeel dat de IGZ wel toezicht houdt, maar dat niet duidelijk is wanneer de IGZ wel of niet in actie komt.

7.2.2 De Stichting PVP

Het functioneren van de Inspectie is ook aan de orde gesteld in een interviews met vertegenwoordigers van het landelijk bureau van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon. De ervaring van deze stichting is dat de Inspectie de afgelopen jaren steeds meer uit beeld is geraakt, waar het gaat om het toezicht op de ggz. Dit wordt toegeschreven aan de inwerkingtreding, in 1995, van de Wet klachtrecht, waardoor de klachtenbehandelende taak van de Inspectie is vervallen. In eerste instantie leidde dat tot een zeer terughoudende opstelling van de Inspectie en werd de Inspectie voor patiëntenvertrouwenspersonen moeilijk benaderbaar voor klachten over ernstige situaties, slecht functionerende klachtencommissies e.d. De laatste jaren lijkt er sprake te zijn van een kentering. De Inspectie is wat 'soepeler' geworden en neigt er weer meer toe om in bepaalde gevallen actie te ondernemen. In de visie van de Stichting PVP stamt de terughoudende opstelling van de Inspectie uit de hoek van de somatische zorg en is deze opstelling eigenlijk ten onrechte 'overgewaaid' naar de geestelijke gezondheidszorg. Gelet op de inhoud en de strekking van de Wet Bopz, vergt deze wet in de ogen van de Stichting PVP een actievere opstelling van de Inspectie de laatste jaren merkbaar is.

7.3 De ervaringen van instellingen in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg

Ook in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg is onderzocht hoe het toezicht van de inspectie door instellingen verloopt. De instellingen hebben in 2000 de volgende gegevens aan de inspectie gemeld:

Meldingen in procenten aan inspectie in 2000

Item	Verstandelijk gehandicaptenzorg (n=98)	Verpleeghuizen (n=200)	Verzorgingshuizen (n=14)
Uitspraak Bopz-klachtencommissie	5.1	2.5	0
Dwangbehandeling	41.8	42.0	9.1
Toepassing middelen of maatregelen	65.3	42.0	36.4
Calamiteiten	48.0	21.0	7.1
Anders	19.4	13.5	0
Niets gemeld	11.2	26.5	54.5

Overige meldingen hebben vooral betrekking op opname van bewoners via een rechterlijke machtiging of herindicaties van bewoners. In de verstandelijk gehandicaptenzorg is enkele malen melding gemaakt van seksueel misbruik.

Niet in alle gevallen reageert de Inspectie op de meldingen. Het minst werd gereageerd op meldingen vanuit de psychogeriatric verpleeghuizen (n=200). 50,0% kreeg geen enkele reactie. Bij verzorgingshuizen (n=13) bedraagt dit percentage 23,1% en in de verstandelijk gehandicaptenzorg (n=97) 18.6%.

In de volgende gevallen is wel gereageerd:

Reacties n.a.v. meldingen in procenten van inspectie in 2000

Item	Verstandelijk gehandicaptenzorg (n=98)	Verpleeghuizen (n=200)	Verzorgingshuizen (n=13)
Uitspraak Bopz-klachtencommissie	3.1	0.5	0
Dwangbehandeling	24.7	10.0	7.7
Toepassing middelen of maatregelen	35.1	6.5	15.4
Calamiteiten	37.1	11.5	7.7
Anders	12.4	6.5	0

In de verstandelijk gehandicaptenzorg reageert de inspectie op de helft van de gevallen bij meldingen van uitspraken van de Bopz-klachtencommissie, dwangbehandelingen en toepassingen van middelen of maatregelen. Bij ruim driekwart van de meldingen van calamiteiten wordt gereageerd en bij vrijwel alle andere meldingen.

In de psychogeriatric verpleeghuizen reageert de inspectie op minder dan een kwart van de meldingen van dwangbehandeling en toepassingen van middelen of maatregelen. Op uitspraken van de Bopz-klachtencommissie werd slechts eenmaal gereageerd. Op meldingen van calamiteiten en andere meldingen wordt in de helft van de gevallen gereageerd.

In de verzorgingshuizen ten slotte werd gereageerd op de dwangmelding en de melding van een calamiteit en werd in twee van de vier gevallen gereageerd op de toepassing van middelen

of maatregelen in een noodtoestand.

De meeste instellingen werden in 2000 door de Inspectie bezocht. Dit gebeurde niet bij 28,2% van de psychogeriatrische verpleeghuizen (n=202), bij 22,2% van instellingen voor verstandelijk gehandicapten (n=99) en bij 38,5% van de verzorgingshuizen (n=13).

Als de inspectie een instelling bezoekt, gebeurt dit in verreweg de meeste gevallen in het kader van een algemeen inspectiebezoek. Dit is het geval bij 57,9% van de verpleeghuizen, 23,1% van de verzorgingshuizen en 65,7% van de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Visites naar aanleiding van een melding vinden relatief weinig plaats. In 14,1% van de instelling en voor verstandelijk gehandicaptenzorg en in slechts 3,0% van de verpleeghuizen. In verzorgingshuizen vond een bezoek om die reden in het geheel niet plaats. In sommige gevallen heeft het bezoek van de inspectie een andere reden; bij 11,1% van de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg, bij 8,4% van de verpleeghuizen en bij 30,8% van de verzorgingshuizen. In verschillende gevallen ging het dan om een bezoek naar aanleiding van de toepassing van de wet Bopz. Bij de verzorgingshuizen ging het in de alle gevallen om de aanvraag voor een Bopz-aanmerking.

De meeste instellingen worden niet geconfronteerd met (dringende) verzoeken van de Inspectie. 45,5% van de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (n=99), 55,0% van de verpleeghuizen (n=200) en 53,8% van de verzorgingshuizen heeft geen verzoek gehad. Is er wel sprake van een verzoek, dan gaat het in de meeste gevallen om een suggestie van de Inspectie. 41,4% van de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg, 30,5% van de verpleeghuizen en 76,9% van de verzorgingshuizen kreeg een dergelijke suggestie. Respectievelijk 19,2%, 14,0% en 7,7% van de instellingen kreeg een dringend advies en ten slotte kreeg in iedere sector 1 instelling een dreiging met een maatregel op grond van de Kwaliteitswet.

Voorts heeft de Inspectie een wettelijk recht op basis van art. 3 lid 4 Bopz om dossiers van bewoners in te zien. Daar heeft de Inspectie in 45,9% van de instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg (n=99), 24,0% van de verpleeghuizen (n=204) en 16,7% van de verzorgingshuizen (n=12) gebruik van gemaakt. In zowel verstandelijk gehandicaptenzorg, als psychogeriatricie gaat het daarbij in ruim 95% van de gevallen om de inzage van één tot vijf dossiers.

Tot slot is een oordeel aan de instellingen gevraagd over de aanpak van de inspectie inzake het toezicht op de naleving van de wet Bopz. In onderstaande tabel wordt daarvan een overzicht gegeven.

Oordeel van instellingen over toezicht Inspectie in procenten

	Verstandelijk gehandicaptenzorg (n=98)	Verpleeghuizen (n=201)	Verzorgingshuizen (n=13)
Duidelijk en alert	52.0	34.3	38.5
Onduidelijk wanneer inspectie in actie komt	28.6	35.8	15.4
Toezicht is niet merkbaar	1.0	9.0	15.4
Anders	17.3	14.4	7.7
Weet niet	7.1	10.0	15.4

Dat het oordeel over het toezicht in verpleeghuizen minder positief is dan in instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg is niet verwonderlijk. De Inspectie lijkt immers op grond van vorenstaande ook minder actief in de psychogeriatric. Over de hele linie is het oordeel over het toezicht van de Inspectie tamelijk negatief. Dit beeld wordt bevestigd in de interviews, waar de meeste instellingen relatief weinig zeggen te merken van het toezicht van de inspectie. Dikwijls leidt dit ook tot frustratie als het gaat om meldingen van met name dwangbehandeling of middelen of maatregelen in een noodtoestand. Men heeft het gevoel dat er toch niets mee gebeurt en dat melden derhalve nutteloos is. Sommige instellingen gaven ook aan in de loop van de jaren om die reden minder te zijn gaan melden. Actiever heeft de Inspectie zich in de verzorgingshuizen geroerd die te maken hebben met psychogeriatrische bewoners. De Inspectie stimuleert in die gevallen om een Bopz-aanmerking aan te vragen. Ook dit kwam tijdens de interviews naar voren.

7.4 De interviews met Inspectie-medewerkers

In deze paragraaf wordt verslag gedaan van de interviews met IGZ-medewerkers uit de vier Inspectie-regio's. Gesproken is met de Inspecteur die verantwoordelijk is voor de psychiatrische instellingen. In drie van de vier gevallen was bij het interview ook de Bopz-medewerker van de betreffende regio aanwezig. De Bopz-medewerker heeft als voornaamste taak de verwerking van de meldingen over dwangbehandelingen (art. 38) en middelen en maatregelen (art. 39). Na afronding van deze vier interviews heeft een gesprek plaatsgevonden met de waarnemend hoofdinspecteur voor de geestelijke gezondheidszorg.

Er is niet afzonderlijk gesproken met de Inspecteurs die het toezicht uitoefenen in de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Niettemin is ook informatie betreffende deze sectoren in de interviews aan de orde gekomen. Hetzij doordat de geïnterviewde Inspecteur informatie van zijn collega verkregen had, hetzij doordat hij/zij zelf tevens in deze sectoren werkzaam was (of was geweest).

Hieronder worden de resultaten van de interviews met de IGZ-medewerkers weergegeven. De interviews zijn gehouden aan de hand van een overzicht van de taken en bevoegdheden die in de Wet Bopz worden genoemd. Per taak en bevoegdheid is gesproken over de wijze van uitvoering en over ervaringen en knelpunten.

** De Inspectie ziet toe op de naleving van de Wet Bopz (art. 65a lid 1 Bopz)*

In de beleving van de Inspectie-medewerkers is de Wet Bopz om verschillende redenen een bijzondere wet. De Wet Bopz regelt de rechtspositie van een speciale groep patiënten, op een wijze die een specifieke invulling vraagt van het toezicht van de Inspectie. De ratio hiervoor is vooral gelegen in het feit dat het gaat om patiënten die minder goed, of zelfs geheel niet, voor zichzelf kunnen opkomen. Door de wijze waarop de wet het IGZ-toezicht regelt zit de Inspectie er in de Bopz-sectoren 'dichter op' dan in de andere sectoren van de zorg. Het wettelijk toezicht in de Bopz-sectoren wijkt qua opzet en karakter nogal af van de generieke aanpak van de Inspectie, maar gelet op de aard van de problematiek ligt dat naar de mening van de geïnterviewde IGZ-medewerkers voor de hand. Anderzijds wordt getracht het op individuele toetsing gerichte Bopz-toezicht 'om te buigen' in de richting van het toezicht zoals de Kwaliteitswet dat bedoelt: systeemgericht toezicht. Benadrukt wordt dat de personele bezetting van de IGZ het niet toelaat dat alle aspecten van het Bopz-toezicht worden uitgevoerd zoals de wetgever het (ooit) bedoeld heeft.

** Het IGZ-toezicht op grond van de Wet Bopz strekt zich uit tot alle personen met een stoornis van de geestvermogens, en is niet beperkt tot Bopz-aangemerkte instellingen (art. 63 lid 1 Bopz)*

De IGZ legt het accent bij het toezicht op de gang van zaken in Bopz-aangemerkte instellingen. Met betrekking tot die instellingen wordt getracht zo duidelijk en systematisch mogelijk te werk te gaan. Het wettelijk toezicht van de IGZ zoals de Wet Bopz dat regelt is echter niet tot die instellingen beperkt, maar strekt zich uit tot alle personen wier geestesvermogens zijn gestoord, ongeacht waar deze verblijven. Te denken valt aan patiënten in instellingen voor beschermd wonen, gezinsvervangende tehuizen, wegloophuizen, allerlei soorten pensions, alternatieve voorzieningen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, maar ook een patiënten die onder behandeling zijn van een riagg of die (juist) geen enkele vorm van zorg ontvangen. In enkele van de IGZ-regio's is de afgelopen jaren wel eens een ronde gehouden langs een bepaalde categorie van deze instellingen (bijv. sociale pensions), maar in het algemeen is het zo dat het IGZ-toezicht ad hoc plaatsvindt, naar aanleiding van concrete signalen of gebeurtenissen ('piep-systeem'). De medewerking bij toezichtsbezoeken is doorgaans goed ('Je belt aan en men doet de deur open'). Tot gebruikmaking van formele bevoegdheden als genoemd in art. 63 lid 2 Bopz (binnentreden woning) komt het vrijwel nooit.

** Het inzagerecht van de Inspectie (art. 63 lid 4 Bopz)*

Het recht om patiëntendossiers in te zien, geregeld in art. 63 lid 4 Bopz, wordt door de IGZ-medewerkers beschouwd als een bijzonder waardevolle bevoegdheid. Van het inzagerecht wordt veelvuldig gebruik gemaakt, zowel in de context van een algemeen bezoek ('steekproefsgewijs de kwaliteit van een aantal dossiers bekijken') als in het kader van de wettelijke bepalingen betreffende het IGZ-toezicht op dwangbehandelingen en de toepassing van middelen en maatregelen (artt. 38 en 39 Bopz). Er zijn verschillen tussen de IGZ-regio's waar het gaat om het melden aan de patiënt dat de Inspectie zijn/haar dossier inziet. In enkele regio's gebeurt dit niet (of werd het ooit gedaan maar is men ermee gestopt) omdat het verwarring oproept: als een patiënt bezwaar maakt geeft de wet de IGZ toch het recht het dossier in te zien, en dat leidt tot vervelende situaties en valse verwachtingen. In enkele andere regio's wordt wel met de patiënt hierover gesproken of hem/haar zelfs 'toestemming' gevraagd, bijvoorbeeld uit beleefdheid of wanneer het gaat om inzage in het kader van algemeen toezicht. Vindt inzage plaats in het kader van de toetsing van een dwangbehandeling of de toepassing van een middel of maatregel, dan is het algemene beleid dat het inzagerecht wordt uitgeoefend zonder hierover met de patiënt te communiceren.

** Nadere voorschriften bij of krachtens amvb met betrekking tot de taakuitoefening van de Inspectie (art. 65 Bopz)*

Art. 65 Bopz geeft de mogelijkheid om bij of krachtens amvb nadere regels te stellen met betrekking tot de taakuitoefening van de Inspectie. Van deze mogelijkheid is tot op heden geen gebruik gemaakt. Niet elke IGZ-medewerker is van het bestaan van deze wettelijke bepaling op de hoogte. Desgevraagd kan men geen enkel aspect van de taakuitoefening bedenken dat voor regeling via art. 65 Bopz in aanmerking zou kunnen komen.

De melding aan en de toetsing door de Inspectie van dwangbehandelingen (art. 38 Bopz)

Elke dwangbehandeling wordt aan de Inspectie gemeld. Na afloop van de dwangbehandeling stelt de IGZ een onderzoek in naar de zorgvuldigheid van de besluitvorming en de uitvoering van de dwangbehandeling. Gelet op de tekst en de achtergrond van deze wettelijke bepaling zou het moeten gaan om toetsing gericht op het individuele belang van de betrokken patiënt: is in zijn/haar geval alles volgens de wettelijke regels en criteria verlopen? Vanuit die optiek gezien vereist elke melding dezelfde (uitvoerige) aanpak door de Inspectie. Dat is volgens de

IGZ-medewerkers in de praktijk haalbaar noch wenselijk. Het is niet haalbaar omdat binnen de Inspectie de menskracht en de deskundigheid ontbreekt om de gemelde gevallen goed en uitvoerig te kunnen beoordelen. Elke melding vereist in beginsel juridische, verpleegkundige en psychiatrische aandacht. Die disciplines zijn in de IGZ-regio's niet altijd voorhanden. In het bijzonder psychiatrische expertise ontbrak de afgelopen jaren in een aantal gevallen, waardoor het lastig was deze aspecten van de meldingen (zoals de diagnose van de patiënt en de psychiatrische indicatie voor dwang) goed te beoordelen. Een te zeer op de individuele casus gerichte toetsing is volgens de IGZ-medewerkers bovendien niet wenselijk, omdat de toetsing wat dat betreft als mosterd na de maaltijd komt. Het wordt als veel effectiever gezien om de toetsing een kwaliteitsverbeterend karakter te geven: op basis van een aantal meldingen geeft de Inspectie feed-back naar de instellingen over beleidspunten die voor verbetering vatbaar zijn (zoals de kwaliteit van dossiers, het beleid inzake de criteria voor dwangtoepassing, de deskundigheid van de medewerkers, de outillage van de afdeling etc.). De IGZ-medewerkers zijn zich ervan bewust dat daarmee voorbij wordt gegaan aan de eigenlijke, op individuele rechtsbescherming gerichte intentie van de meldingsplicht van art. 38 Bopz, maar zij vinden de 'ombuiging' van het IGZ-toezicht terzake van individuele rechtsbescherming naar algemene kwaliteitsbevordering een logische zaak. Dit laat onverlet dat in bijzondere gevallen (bijvoorbeeld zeer langdurige dwang of de combinatie van verschillende vormen van dwang) de individuele casus wel degelijk grondig onder de loep wordt genomen.

Ten tijde van de ontvangst van de melding wordt een belangrijke rol gespeeld door de binnen elke IGZ-regio aangestelde Bopz-medewerker. Deze draagt zorg voor de administratieve routing en afhandeling van de melding en heeft in dat kader onder meer tot taak om de informatie zo compleet mogelijk te krijgen. Ontbreken er essentiële gegevens bij de melding, dan vraagt de Bopz-medewerker deze bij de instelling na. In het algemeen was het de afgelopen jaren zo, dat elke melding vervolgens werd beoordeeld door een Inspecteur. Het ging daarbij om een papieren beoordeling. Relevante gegevens werden aangetekend en tijdens de algemene IGZ-bezoeken aan de instellingen besproken. In bijzondere gevallen werd tussentijds met instellingen contact opgenomen. Met betrekking tot de intensiteit van de beoordelingen en de wijze waarop hierover met de instellingen werd gecommuniceerd bestonden verschillen tussen de verschillende IGZ-regio's. In 2001 is een begin gemaakt met de uniformering van de handelwijze van de verschillende regio's. Afgesproken is dat in elke regio 5% van de meldingen inzake dwangbehandeling door middel van een bezoek aan de instelling wordt getoetst (gesprek met behandelaar, verpleging en zo mogelijk patiënt, inzage in het dossier etc.). Met betrekking tot de selectie van deze gevallen zijn criteria geformuleerd en ook is het tijdpad en de inhoud van de bijbehorende toetsingsprocedure omschreven. De toetsing vindt plaats aan de hand van een vastgesteld format. In de overige 95% van de gevallen blijft het gaan om een papieren toetsing.

** Melding aan de Inspectie van de toepassing van middelen en maatregelen (art. 39 Bopz)*

Anders dan bij de dwangbehandeling schrijft de Wet Bopz in het geval van de toepassing van een middel of maatregel wel een melding aan de IGZ voor, maar niet dat de IGZ na afloop van de toepassing een zorgvuldigheidsonderzoek uitvoert. Desondanks is de handelwijze van de Inspectie bij meldingen van middelen en maatregelen in grote lijnen gelijk aan die bij de melding van dwangbehandelingen. Ook met betrekking tot middelen en maatregelen zijn in 2001 landelijk geldende afspraken gemaakt over het percentage meldingen dat door middel van een bezoek aan de instelling getoetst wordt (4%) en over de daarbij geldende criteria, procedure en aanpak.

** De melding aan de Inspectie van dwangbehandelingen en de toepassing van middelen en maatregelen: algemene aspecten*

Met de medewerkers van de Inspectie is gesproken over de zinvolheid van de meldingsplichten en het de daarmee samenhangende werkbelasting voor de Inspectie. Het afhandelen en controleren van de meldingen vergt veel tijd, niet alleen van de daartoe aangestelde Bopz-medewerkers, maar ook van de Inspecteurs die met de instellingen contact hebben over de meldingen. Toch zijn vrijwel alle geïnterviewde Inspectie-medewerkers van mening dat het de moeite waard is om de huidige meldingsregeling te continueren. Zij wijzen erop dat via de meldingen informatie op tafel komt die op een eenvoudiger wijze niet verkregen kan worden. Weliswaar leidt de huidige regeling tot een aanzienlijke werkbelasting, maar dat wordt gerechtvaardigd door het belang van de zaak. De uit de meldingen verkregen informatie maakt het mogelijk adequaat toezicht te houden op het instellingsbeleid inzake het toepassen van dwang. De waarde van de meldingsplicht is volgens de Inspectie-medewerkers daarin gelegen, en niet, of in mindere mate, in de betekenis voor de individuele rechtsbescherming.

Zonder uitzondering zijn de Inspectie-medewerkers van mening dat er in de sectoren psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten sprake is van onderrapportage. Er doen zich in die sectoren meer situaties van dwangbehandeling en de toepassing van middelen en maatregelen voor dan worden gemeld. Als oorzaken worden genoemd onbekendheid met of verzet tegen de Wet Bopz en een verschil in interpretatie van Bopz-begrippen en –criteria. Een aantal hulpverleners en instellingen meent dat begrippen als ‘verzet’, ‘dwangbehandeling’, ‘noodsituatie’ e.d. in hun sector niet aan de orde zijn of anders moeten worden uitgelegd. De feiten, aldus de Inspectie-medewerkers, spreken dat echter tegen. Een belangrijk punt is ook dat in deze beide sectoren een aanzienlijk aantal patiënten ten onrechte is opgenomen zonder Bopz-maatregel. Toepassingen van dwang ten aanzien van deze –formeel- vrijwillig opgenomen patiënten vallen niet onder de meldingsplicht van de Wet Bopz en ook ontberen deze patiënten andere Bopz-vormen van rechtsbescherming (waaronder de art. 41-procedure).

Momenteel is er geen landelijk formulier voor het melden van een dwangbehandeling of de toepassing van een middel of maatregel. Een dergelijk formulier uit de beginfase van de Wet Bopz bleek niet te voldoen. Er worden nu verschillende formulieren gebruikt. In het najaar van 2001 wordt evenwel door de Inspectie een nieuw meldingsformulier (+ handleiding) geïntroduceerd, bedoeld voor landelijke toepassing.

** De Inspectie krijgt eens per maand een afschrift van het instellingsregister waarin aantekening wordt gemaakt van elke middel of maatregel toegepast op grond van art. 39 (art. 57 Bopz)*

Voor de Inspectie heeft dit register niet of nauwelijks waarde. Op grond van art. 39 worden immers alle toepassingen van middelen of maatregelen reeds per geval, zo spoedig mogelijk na de aanvang, bij de Inspectie gemeld. Die melding omvat tenminste zoveel informatie als in het dossier is aangetekend. Het maandelijkse afschrift van het register voegt dan ook weinig toe aan de informatie die de Inspectie al in bezit heeft. Enkele Inspecteurs wijzen erop dat de informatie uit het register wel nuttig is om te zien wanneer de toepassing van een middel of maatregel is beëindigd. Die informatie behoeft op grond van art. 39 niet te worden gemeld.

** Van een uitspraak van het bestuur of de rechter in een art. 41-procedure wordt een afschrift gezonden aan de IGZ (art. 41 lid 6 en 15)*

De algemene ervaring is dat deze wettelijke plicht door de instellingen goed wordt nageleefd.

** De Inspectie heeft een rol in de art. 41-procedure. Is de klager de patiënt zelf, dan kan deze er voor kiezen via de Inspectie in beroep te gaan bij de rechter. Is de klager een andere persoon dan de patiënt zelf, dan kan hij/zij uitsluitend via de Inspectie in beroep gaan bij de rechter (art. 41 lid 7)*

Het komt wel eens een heel enkele keer voor dat de Inspectie door de klager betrokken wordt in

een art. 41-procedure. Het gaat om 2 of 3 gevallen gedurende de afgelopen 4 jaar. Meestal is dat dan omdat de klager niet zozeer hulp van de Inspectie behoeft, maar graag wil dat de Inspectie zijn mening steunt. Uit de cijfers blijkt dat veruit de meeste klachten worden ingediend door de patiënt zelf. Deze kan ook rechtstreeks beroep bij de rechter indienen. Er is geen reden waarom de patiënt dat via de Inspectie zou doen, ook al omdat de patiënt vrijwel altijd al wordt bijgestaan door de patiëntenvertrouwenspersoon. Deze wettelijke regeling zou in de ogen van de Inspectie-medewerkers kunnen worden gemist.

** De visie van de Inspectie op het klachtrecht: algemene aspecten*

De geïnterviewde Inspectie-medewerkers hebben in het kader van hun toezicht verschillende ervaringen met de pvp en de art. 41-procedure opgedaan. Zij stellen vast dat het aantal art. 41-klachten de afgelopen jaren iets is verminderd. Duidelijke redenen daarvoor zijn er niet. Mogelijke dat de snellere 'doorstroming' van patiënten een rol speelt: veel patiënten komen dan niet aan klagen toe. Aan de andere kant is het zo dat de pvp veel goed werkt verricht: ook daardoor kan vaak worden voorkomen dat een art. 41-procedure nodig is.

In de zorg voor verstandelijk gehandicapten heeft de art. 41-procedure vrijwel geen betekenis. Inspectie-medewerkers benadrukken dat ouders vaak gevangen zitten in de eigen onmacht, en daardoor niet of nauwelijks namens hun kind klachten kunnen of durven indienen.

** Is de patiënt die zich tegen een dwangbehandeling verzet niet in staat zelf gebruik te maken van art. 41 Bopz, dan kan de Inspectie de rechter verzoeken een uitspraak te doen over de dwangbehandeling (art. 42 Bopz)*

Van deze bevoegdheid is door de Inspectie sinds de inwerkingtreding van de Wet Bopz geen enkele keer gebruik gemaakt. Bij elke melding aan de Inspectie van een dwangbehandeling moet door de instelling worden aangegeven of de patiënt in staat geacht kan worden zelf een klacht in te dienen. Sommige instellingen geven hierop een onjuist antwoord, door 'neen' aan te kruisen om de enkele reden dat een patiënt in de separeercel verblijft. In de visie van de Inspectie kan de patiënt in beginsel dan wel degelijk een klacht indienen, en ook heeft hij de mogelijkheid een bezoek van de pvp te vragen. In de ogen van de Inspectie is art. 42 Bopz bedoelt voor die patiënten die bijvoorbeeld door (verregaande) wilsonbekwaamheid geen besef meer kunnen hebben van het klachtrecht.

Het uitgangspunt in de meeste Inspectieregio's is dat meldingen van dwangbehandeling waarbij wordt aangegeven dat de patiënt niet tot klagen in staat is, bijzondere aandacht krijgen. Dat houdt doorgaans in dat bij de instelling navraag wordt gedaan naar de omstandigheden van het geval. Overleg tussen Inspectie en instelling leidt er soms toe dat het beleid ten aanzien van de patiënt wordt gewijzigd ("Als je je ermee bemoeit, is dat vaak al voldoende). De rol van de Inspectie is evenwel altijd inventariserend en adviserend van aard. De noodzaak om op grond van art. 42 een rechterlijk oordeel te vragen is tot op heden nimmer door de Inspectie gevoeld. Een verklaring hiervoor is ook dat art. 42 bepaalt dat de Inspectie aan de rechter het eigen oordeel over de dwangbehandeling in het aan de orde zijnde geval. Zoals eerder is aangegeven, heeft de wijze waarop de Inspectie naar de meldingen kijkt een algemene kwaliteitsbevorderende insteek en niet (zozeer) een die is gericht op individuele rechtsbescherming. Dat laatste is waar het bij art. 42 om gaat. Bovendien heeft niet elke Inspectieregio alle expertise in huis die nodig is om een concrete dwangbehandeling goed te kunnen beoordelen.

Gevraagd naar de zinvolheid van art. 42 geven vrijwel alle Inspectie-medewerkers aan deze wettelijke bepaling te willen behouden, als stok achter de deur. Dat het nog nooit daadwerkelijk tot een procedure bij de rechter is gekomen, betekent naar hun mening niet dat art. 42 zonder waarde is. Ook de huidige handelwijze van de Inspectie, in de vorige alinea beschreven, wordt

immers door art. 42 gelegitimeerd. Anderzijds worden er ook twijfels en bedenkingen geuit. Zo vragen Inspectie-medewerkers zich af of een zozeer op de individuele rechtsbescherming gerichte taak als bedoeld in art. 42 Bopz wel past bij de huidige opvattingen over de wijze waarop de Inspectie toezicht behoort te houden. Historisch gezien is art. 42 wel verklaarbaar, maar heden ten dage zijn er andere partijen die beter in staat zijn zorg te dragen voor individuele rechtsbescherming. Overwogen zou kunnen worden situaties waarin patiënten niet in staat zijn te klagen te melden aan en te laten onderzoeken door de pvp. Vaak is 'niet in staat zijn te klagen' een situatie van voorbijgaande aard en zouden patiënt en pvp alsnog gezamenlijk kunnen besluiten de gebruikelijke klachtenroute te volgen. In het algemeen wegen de twijfels en bedenkingen echter niet zo zwaar, dat in de visie van de Inspectie-medewerkers art. 42 zou moeten of kunnen vervallen.

** Een beslissing tot overplaatsing op verzoek van een onvrijwillig opgenomen patiënt wordt aan de Inspectie gemeld. Zo nodig kan de Inspectie de patiënt horen (art. 43 Bopz)*

Met een zekere regelmaat zijn er gevallen van overplaatsing aan de orde. De Inspectie kan dan een rol spelen in het overleg tussen de betrokken instellingen. Problemen doen zich hierbij bijna nooit voor.

** Allochtone patiënten*

Tot op heden heeft het toezicht van de Inspectie zich nimmer structureel gericht op allochtone patiënten. De Inspectie-medewerkers realiseren zich dat het aantal opgenomen allochtone patiënten toeneemt en dat de behandeling van deze patiënten aanleiding geeft tot specifieke vragen en problemen. Aangenomen wordt dat deze patiënten, door taal- en cultuurverschillen, veel minder makkelijk de weg naar klachteninstanties vinden of bewandelen. Voor zover de Inspectie-medewerkers bekend, zijn er niet of nauwelijks informatiebrochures die er speciaal op zijn gericht bepaalde groepen allochtone patiënten te informeren over hun rechtspositie in het algemeen of over het klachtrecht in het bijzonder.

** De verhouding tussen de Wet Bopz en andere wettelijke regelingen, zoals de Kwaliteitswet en de Wet Big*

De Wet Bopz regelt een groot aantal activiteiten van de Inspectie, maar bevat geen sanctiemogelijkheden om in te grijpen in gevallen waarin een instelling of een zelfstandig werkzame beroepsbeoefenaar structureel onverantwoorde zorg leveren. Die mogelijkheden zijn wel te vinden in de Kwaliteitswet zorginstellingen (aanwijzing door de minister of een bevel door de Inspectie) en in de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Big; bevel door de Inspectie of indiening tuchtklacht door de Inspectie). In dit opzicht moet de Wet Bopz worden gezien in samenhang met deze beide wetten. Deze samenhang roept geen grote problemen op, zo menen de Inspectie-medewerkers. Van de in de Kwaliteitswet en de Wet Big genoemde bevoegdheden wordt een terughoudend gebruik gemaakt. Dit is mogelijk omdat in veel gevallen goed overleg tussen de Inspectie en de instelling al tot het gewenste resultaat leidt. Het komt niet vaak voor dat een instelling zo weigerachtig is, dat een formele procedure moet worden gestart.

Het naast elkaar bestaan van de mogelijkheden van de Kwaliteitswet en de Wet Big vraagt wel om een beleid inzake de samenloop van handavingsinstrumenten uit deze beide wetten. Wat te doen met een geneesheer-directeur die op een bepaald punt in de ogen van de Inspectie een slecht beleid voert en die weigert dat beleid aan te passen? Moet de Inspectie dan de instelling aanspreken op grond van de Kwaliteitswet of is het verstandiger tegen de geneesheer-directeur op grond van de Wet Big een klacht bij de tuchtrechter in te dienen? Tijdens enkele interviews kwam aan de orde de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 20 februari 2001 (Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2001/34). In deze zaak diende de Inspectie bij de tuchtrechter een klacht in tegen de geneesheer-directeur van een psychiatrisch zieken-

huis, omdat deze had nagelaten een protocol op te (doen) stellen met betrekking tot het fixeren van patiënten. In de visie van de Inspectie was dit een verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur op grond van de Wet Bopz en viel het niet tot stand brengen van het protocol hem tuchtrechtelijk te verwijten. Het Centraal Tuchtcollege wees de klacht van de Inspectie af, mede omdat binnen het ziekenhuis uiteindelijk wel degelijk een protocol was ontwikkeld. Deze zaak heeft ook binnen de Inspectie de vraag opgeroepen of het wel zo voor de hand ligt in een casus als deze de geneesheer-directeur van een instelling tuchtrechtelijk aansprakelijk te stellen. Het tot stand (doen) brengen van een protocol dat instellingsbreed moet gelden, valt, zo kan worden gesteld, meer binnen de sfeer van de KZI dan binnen die van de Wet Big. Had de Inspectie de handhavinginstrumenten van de KZI gebruikt, of de dreiging daarvan, dan had wellicht sneller geïntervenieerd kunnen worden, en met meer mogelijkheden voor de Inspectie om de relevante veldnormen te omschrijven. I.c. heeft de Inspectie zich wellicht te afhankelijk van de opvattingen en inzichten van een andere instantie, te weten het tuchtcollege.

In een andere casus, betreffende de relatie tussen een psychiatrisch ziekenhuis en een Riagg, is wel gekozen voor een aanpak via de Kwaliteitswet. In deze zaak, die overigens geen relatie had met de Wet Bopz, heeft de minister beide instellingen op instigatie van de Inspectie een aanwijzing gegeven. In deze aanwijzing wordt aangegeven op welke wijze de instellingen het beleid moeten aanpassen.

7.5 Conclusies

Ten behoeve van het onderzoek naar de toezichthoudende rol van de Inspectie in het kader van de Wet Bopz zijn door middel van een vragenlijst-onderzoek aan instellingen uit alle Bopz-sectoren vragen gesteld over de aard van de contacten met en de meldingen aan de Inspectie en over de ervaringen van de instellingen met het beleid van de Inspectie. Hieruit komt naar voren dat het de Inspectie enige tijd heeft gekost om naar de instellingen een duidelijk beleid te ontwikkelen. Er is onder de instellingen nog steeds een zekere mate van onduidelijkheid over het toezicht- en Bopz-beleid van de Inspectie. Anderzijds is zowel in de psychiatrie als in de andere Bopz-sectoren een groot aantal instellingen van mening dat de Inspectie duidelijk en alert toezicht houdt. Bezoeken van de Inspectie aan de instellingen vinden vooral plaats in het kader van het algemene toezicht, en niet, of in veel mindere mate, naar aanleiding van specifieke kwesties of meldingen.

Met medewerkers van de Inspectie is uitvoerig gesproken over de taken en bevoegdheden die de Wet Bopz de Inspectie geeft. Het ging daarbij hoofdzakelijk om de uitoefening van het toezicht in de psychiatrie, zijnde de Bopz-sector waar de Inspectie de meeste ervaring heeft opgedaan. Veruit de belangrijkste bevinding betreft de wijze waarop de Inspectie omgaat met de verplichte meldingen door instellingen van dwangtoepassingen (artt. 38 en 39) en met de mogelijkheid die de Inspectie heeft om zelf aan de rechter klachten voor te leggen (art. 42). Deze wettelijke onderdelen van het Inspectie-toezicht hebben een duidelijke dimensie van individuele rechtsbescherming. In de praktijk echter ligt het accent van de Inspectie-activiteiten veel meer op algemene kwaliteitsbewaking. In het algemeen is de Inspectie erop gericht het kwaliteitsbeleid van instellingen op het terrein van de dwangtoepassing te bevorderen. Interventies van de Inspectie naar aanleiding van en specifiek gericht op individuele situaties komen veel minder voor. De door de Inspectie-medewerkers genoemde redenen hiervoor zijn:

- een op het individu gerichte interventie komt vaak als mosterd na de maaltijd;
- de Inspectie is niet deskundig genoeg om in individuele situaties rechtmatigheidstoetsingen te doen;
- het is effectiever de toetsing een algemeen kwaliteitsverbeterend karakter te geven.

8

Conclusies en aanbevelingen

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het evaluatieonderzoek naar het klachtrecht van de Wet Bopz en het toezicht door de Inspectie geïntegreerd en samengevat en worden op basis hiervan conclusies en aanbevelingen geformuleerd. De centrale vraagstelling van het onderzoek luidde derhalve: “Draagt de toepassing van de Bopz-regelingen die zijn gericht op de naleving van de wet (klachtrecht patiënt en toezicht Inspectie) bij aan de versterking van de rechtspositie van de patiënt en zijn er aanknopingspunten voor verbetering waar dat (nog) niet het geval is?”. Ter operationalisering van deze centrale vraagstelling werden de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- 1 In welke mate wordt gebruik gemaakt van het klachtrecht van de Wet Bopz en van de bepalingen inzake melding aan en toezicht door de Inspectie?
- 2 Hoe worden de klachtrecht-bepalingen uit de Wet Bopz toegepast, en welke (structurele) knelpunten en problemen doen zich daarbij voor?
- 3 Hoe geeft de Inspectie invulling aan haar toezichthoudende taken krachtens de Wet Bopz en welke (structurele) knelpunten en problemen doen zich daarbij voor?
- 4 Bereikt de regeling haar doel en is zij effectief?

Deze onderzoeksvragen moeten worden gezien tegen de achtergrond van de algemene vragen uit de ZON-programmatekst. Daarbij gaat het, voor zover in dit kader relevant, om de volgende vragen (ZON, 2000, p. 5)

- a Als de wet voldoende bekend?
- b Is de uitvoeringspraktijk conform de wet?
- c Doen zich in de uitvoeringspraktijk (structurele) knelpunten of problemen voor?
- d Hebben de maatregelen n.a.v. de eerste evaluatie effect gesorteerd?
- e Is de wet adequaat voor de sectoren die zij bestrijkt en biedt zij in deze sectoren de beoogde rechtsbescherming?

Hieronder wordt eerst een overzicht gegeven van de belangrijkste bevindingen en conclusies betreffende de drie inhoudelijke thema's van deze evaluatie: het klachtrecht in de psychiatrie, het klachtrecht in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg en het toezicht door de Inspectie (par. 8.2, 8.3 en 8.4). Afgesloten wordt met een algemene beschouwing naar aanleiding van de vraagstellingen van het onderzoek en de vragen uit de ZON-programmatekst (par. 8.5).

8.2 Het Bopz-klachtrecht in de psychiatrie

** De wetsconformiteit van klachtenreglementen*

Ten tijde van de eerste evaluatie van de Wet Bopz bleek een aanzienlijk aantal klachtenreglementen (nog) niet op alle punten te voldoen aan de wettelijke bepalingen en vereisten. Ook in het kader van de evaluatie van de Wet klachtrecht in 1999 kwam dit punt naar voren. Een analyse van 21 reglementen uit psychiatrische ziekenhuizen leert thans dat deze aanzienlijk verbeterd zijn. Bepalingen in klachtenreglementen die strijdig zijn met de wettelijke regels zijn in veel mindere mate aangetroffen.

** De mate waarin van het klachtrecht gebruik wordt gemaakt en de bekendheid van het klachtrecht*

Waar het gaat om de mate waarin van het klachtrecht gebruik wordt gemaakt, moet een onderscheid worden aangebracht tussen de patiëntenvertrouwenspersoon en de art. 41-commissie.

De pvp-en, die werkzaam zijn in de algemene en categoriale en psychiatrische ziekenhuizen en in paaz-en en puk-en, krijgen jaarlijks een groot aantal klachten en vragen om informatie voorgelegd. De pvp is laagdrempelig en, zo blijkt, makkelijk toegankelijk. De activiteiten van de pvp worden door alle betrokkenen zeer gewaardeerd.

Het aantal klachten dat jaarlijks binnen de psychiatrie aan de art. 41-commissie wordt voorgelegd, schommelt zo rond de 100. In de periode 1996-2000 was er sprake van een licht dalende trend. Aangetekend zij dat 32 van de 106 in 2000 geregistreerde art. 41-procedures afkomstig zijn uit 1 enkele instelling. De overige 74 procedures zijn gespreid over het land, en afkomstig uit in totaal 33 verschillende instellingen. Dit relatief geringe aantal van 74 procedures roept de vraag op of de art. 41-procedure in de huidige praktijk wel voldoende 'bereik' en (derhalve) effect heeft. De doelgroep van de art. 41-procedure bestaat hoofdzakelijk uit onvrijwillig opgenomen patiënten die in de instelling aan dwang worden onderworpen. Vergelijken we het aantal art. 41-procedures met het jaarlijkse aantal onvrijwillige opnemingen (6.350 inbewaringstellingen en 4.900 rechterlijke machtigingen) en het jaarlijkse aantal meldingen van dwang (in 2000 1.837 dwangbehandelingen en 4.335 toepassingen van middelen en maatregelen) dan gaat het om een erg laag aantal. Naar mag worden aangenomen is het relatief geringe aantal art. 41-procedures deels te wijten aan het werk van de pvp: deze slaagt erin veel klachten op een lager niveau tot een goed einde te brengen. Aan de andere kant zijn er ook aanwijzingen dat klachten bij de art. 41-commissie uitblijven doordat patiënten niet of onvoldoende van het klachtrecht op de hoogte zijn. Naar aanleiding van de eerste evaluatie van de Wet Bopz werd de aanbeveling gedaan de informatieverstrekking aan patiënten te verbeteren. In het kader van dit onderzoek is niet gebleken van structurele maatregelen door instellingen op dit gebied. In het kader van het Inspectie-toezicht is het informeren van patiënten geen punt van bijzondere aandacht. In de praktijk blijkt de pvp voor de patiënt de belangrijkste informatiebron te zijn. Het heeft er alle schijn van dat de wettelijke informatieplicht van de instellingen nog steeds niet goed wordt ingevuld. Een structurele en gecoördineerde inspanning op dit punt is nog steeds noodzakelijk.

Daarnaast rechtvaardigt het relatief geringe aantal art. 41-procedures dat ook in individuele situaties van dwangtoepassing en vrijheidsbeperking betere informatie aan de patiënt wordt verstrekt. Dit is mogelijk door in de Wet Bopz te bepalen dat de patiënt bij aanvang van een beslissing die volgens art. 41 lid 1 klachtwaardig is (of zo spoedig mogelijk daarna) een schriftelijke mededeling krijgt inzake de aarde van de beslissing, de redenen daarvoor en de klachtm-

gelijkheden, i.c. de pvp en de art. 41-procedure (zie ook Van de Klippe, 1997, p. 232). De in het algemeen ter zake geldende eisen uit het bestuursrecht (zie de artikelen 3:41 en 3:45 Awb) kunnen aldus worden toegespitst op de specifieke setting van de dwangtoepassing in de psychiatrie.

Aanbeveling 1:

Instellingen dienen de informatieverstrekking aan patiënten over het art. 41-klachtrecht te verbeteren, door zorg te dragen voor systematische en periodieke informatie. Het moet daarbij gaan om begrijpelijke informatie, die goed toegankelijk is en die wordt mede ingebed in algemeen beleid inzake zowel patiëntenvoorlichting. Richtlijnen of protocollen van koepelorganisaties kunnen hierbij een rol spelen, alsmede –op instellingsniveau- overleg met de patiëntenraad. Ook is van belang dat medewerkers goed zijn voorgelicht en dat zij de juiste attitude hebben ten aanzien van klachten.

Aanbeveling 2:

De rechtsbescherming in individuele situaties kan worden verbeterd door in de wet voor instellingen de verplichting op te nemen elke patiënt die wordt onderworpen aan een maatregel die volgens art. 41 klachtwaardig is, bij aanvang van de maatregel (of kort daarna) schriftelijk te informeren over de aanleiding voor de maatregel en over de mogelijkheid de pvp en/of de art. 41-commissie in te schakelen. Dit ter nadere uitwerking van de in het algemeen in het bestuursrecht geldende eisen (zie de artikelen 3:41 en 3:45 Awb).

** De rol van de patiëntenvertrouwenspersoon*

De pvp zoals deze in de psychiatrie functioneert ontvangt jaarlijks een groot aantal klachten en verzoeken om informatie. De waardering voor de wijze waarop de pvp zijn/haar taken uitoefent is groot, niet alleen onder patiënten die een beroep doen op de pvp, maar ook onder Raden van Bestuur, patiëntenraden en behandelaars. Alle betrokkenen zijn positief over het verloop van de klachtenopvang in de psychiatrie: veruit de meeste kunnen met behulp van de pvp snel en informeel worden afgehandeld. Daardoor wordt voorkomen dat klachten onnodig de meer formele procedures van de Wet klachtrecht of art. 41-bereiken.

Kritische kanttekeningen worden geplaatst bij de versnipperde, en dus geringe aanwezigheid van de pvp in kleinere instellingen, waaronder paaz-en en puk-en. De formule van de pvp is immers juist gebaseerd op diens zichtbaarheid en aanwezigheid.

** De toegankelijkheid, aanpak en zorgvuldigheid van de Bopz-klachtencommissie*

Een kleine meerderheid van de klagers en een grotere meerderheid van de aangeklaagden die in het kader van dit onderzoek hun mening hebben gegeven, zijn overwegend tevreden over de wijze waarop de klachtencommissie in hun zaak heeft gefunctioneerd. Een aantal klagers plaatst kritische kanttekeningen, en hetzelfde geldt voor enkele aangeklaagden.

De toegankelijkheid van de commissie is een thema apart. De toegankelijkheid wordt immers door verschillende factoren bepaald. De door klagers als negatief ervaren opstelling van de commissie tijdens een klachtenbehandeling kan ertoe leiden dat de betreffende klager in nieuwe gevallen niet meer naar de commissie gaat. Een aantal klagers had dergelijke ervaringen. De toegankelijkheid wordt ook belemmerd als er te weinig informatie wordt gegeven over het bestaan en de mogelijkheden van de commissie. Dat kwam hierboven al aan de orde.

** Het schorsen van de klacht tijdens de art. 41-procedure*

De schorsingsvraag is alleen aan de orde bij klachten tegen maatregelen die ten tijde van het indienen van de klacht nog worden toegepast en bij klachten tegen aangekondigde en op korte termijn toe te passen maatregelen. Het onderzoek wijst uit dat de verhouding tussen actuele klachten en klachten over reeds beëindigde maatregelen ongeveer 50-50 is. In minder dan de helft van de actuele klachten wordt een schorsingsverzoek ingediend. Slechts in heel weinig gevallen wordt dat verzoek ingewilligd.

De Wet Bopz geeft de schorsingsbevoegdheid aan de Raad van Bestuur. Door de in 2001 in werking te treden wetswijziging zal deze bevoegdheid overgaan naar de klachtencommissie. De art. 41-procedure geeft de rechter geen schorsingsbevoegdheid.

** De afhandelingsduur van de klacht*

In dit onderzoek wordt een uitkomst van de eerste evaluatie bevestigd: nog steeds lukt het klachtencommissies en raden van bestuur in een groot aantal gevallen niet de wettelijke termijnen voor het behandelen van een klacht te halen (twee weken resp. twee dagen). Ook rechters blijken er moeite mee te hebben om termijn voor het afhandelen van een rechterlijk beroep in het kader van art. 41 (vier weken) te halen.

** De procedure voor de rechter*

Behalve de naleving van de wettelijke vier weken-termijn voor het nemen van een beslissing op het verzoekschrift van de patiënt, zijn er in het 'rechterlijke deel' van art. 41 nog andere problemen aan de orde. De analyse van de rechtspraak laat zien dat er beslissingen worden genomen en klachten worden behandeld die buiten het kader van art. 41 Bopz vallen. Ook hebben de klachtencommissies (par. 5.3) en de Stichting PVP (par. 4.6) vragen over de rechtskracht van uitspraken in het kader van art. 41 en over het recht van de patiënt op schadevergoeding.

Aanbeveling 3:

De 'rechterlijke fase' van de art. 41-procedure kan nog worden vervolmaakt. Zowel de analyse van de rechtspraak als de ervaringen van klachtencommissies en van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon indiceren wijzigingen en aanvullingen op de volgende punten: het verduidelijken van de rechtskracht van de beslissing van de rechter, het toekennen aan de rechter van de mogelijkheid om de maatregel waarover wordt geklaagd te schorsen en het toekennen aan de Bopz-rechter van de mogelijkheid om bij gegrondverklaring van de klacht schadevergoeding toe te kennen.

** Het oordeel van betrokkenen over het Bopz-klachtrecht*

Aan de respondentengroepen die enige mate van ervaring met het Bopz-klachtrecht hebben opgedaan (Raden van Bestuur, pvp-en, klachtencommissies en patiëntenraden) is een algemeen oordeel over het Bopz-klachtrecht gevraagd. Deze respondenten zijn overwegend positief. Het meest kritisch zijn de pvp-en, die onder meer kanttekeningen plaatsen bij de drempels die commissies opwerpen, bij de kwaliteit en de onafhankelijkheid van de commissies. Alle respondentengroepen ervaren op onderdelen problemen en knelpunten met het Bopz-klachtrecht, maar deze zijn niet van dien aard dat dit klachtrecht als zodanig ter discussie wordt gesteld.

** Het oordeel van betrokkenen over de wijziging van het Bopz-klachtrecht*

Waar het gaat om de in Hoofdstuk 5 besproken wijziging van het Bopz-klachtrecht doet zich een duidelijke scheiding der geesten voor, in elk geval waar het gaat om de nieuwe, zelfstandige positie van de klachtencommissie (de bevoegdheid om te schorsen en het nemen van bindende beslissingen). Over deze wetswijziging oordelen de raden van bestuur en de behandelaars in grote meerderheid negatief. Onder de klachtencommissies zijn er minder bezwaren en de pvp-en zijn ronduit positief. Gelet op een belangrijke doelstelling van de Wet Bopz, de versterking van de rechtspositie van de patiënt, moet deze wetswijziging worden toegejuicht. Aan de andere kant doet zich de vraag voor of nu niet een 'onbalans' ontstaat, omdat de patiënt tegen een ongegrondverklaring van de klacht wel bij de rechter in beroep kan gaan, en een behandelaar bij een gegrondverklaring niet. Nu als een gevolg van de wetswijziging de klachtencommissie bindende beslissingen kan nemen, die kunnen inhouden dat de behandelingsmogelijkheden van de behandelaars c.q. de instelling worden beperkt, is het de vraag of het reëel is dat de behandelaar, bij een hem/haar onwelgevallige beslissing, geen beroepsmogelijkheid heeft. Mede in het licht van de beginselen die ten grondslag liggen aan en tot uitdrukking komen in art. 6 EVRM kan worden gesteld dat in de situatie van commissie-beslissingen die bindend zijn, beide partijen de mogelijkheid van beroep moeten hebben. Een bijkomend voordeel kan zijn dat de essentie van de wetswijziging, de zelfstandige positie van de klachtencommissie, door instellingen en behandelaars beter wordt geaccepteerd.

Tijdens de expert-meeting waren de meningen hierover zeer verdeeld. De cliëntenorganisaties en de vertegenwoordigers van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon zien de toekenning van een beroepsmogelijkheid als een uitholling van de rechtspositie van de patiënt. De vertegenwoordigers van instellingen en hun koepelorganisaties zien deze beroepsmogelijkheid, in het licht van de wetswijziging, als een zeer voor de hand liggende zaak.

Aanbeveling 4:

Gelet op het toekennen aan de klachtencommissie van een zelfstandige positie, kan worden verdedigd dat het voor de hand ligt de mogelijkheid om tegen een uitspraak van een klachtencommissie in beroep te kunnen gaan bij de rechter, ook aan de aangeklaagde behandelaar te geven. Tot op heden ontbreekt een goede analyse, mede in het licht van art. 6 EVRM, van de voors en tegens hiervan. Dit vraagstuk verdient nadere studie en overweging.

De beide andere elementen van de wetswijziging worden enthousiaster ontvangen. De splitsing van de behandeltermijnen voor de commissie in twee weken (actuele klachten) en vier weken (klachten over reeds beëindigde maatregelen) valt bij vrijwel elke respondentengroep in goede aarde. Ook de mogelijkheid om tegen art.41-beschikkingen van de rechtbank beroep in cassatie in te stellen wordt overwegend positief ontvangen, maar een aantal respondenten twijfelt aan het praktisch belang hiervan voor de patiënt

** Het klachtrecht en allochtone patiënten*

In toenemende mate worden er in de geestelijke gezondheidszorg patiënten uit andere landen en culturen opgenomen en behandeld. Het klachtrecht behoort ook voor hen open te staan. Dit vraagt gerichte en aangepaste informatie. Niet bekend is of en zo ja hoeveel allochtone patiënten er van het Bopz-klachtrecht gebruik maken. Het vermoeden bestaat dat het om een zeer gering aantal patiënten gaat. Er is in het onderzoek niet gebleken van het bestaan van specifieke, op allochtone patiënten gerichte informatie over rechtspositie en klachtrecht. In het toezicht van de Inspectie is dit tot op heden geen item. Aan de andere kant is tijdens de expert-meeting van verschillende kanten aangegeven dat allochtone patiënten van het klachtrecht gebruik

maken (zowel waar het gaat om de pvp als om de art. 41-procedure), maar nog niet in verhouding tot de omvang van deze groep patiënten op het totaal. Het was in het kader van de opzet en de duur van dit onderzoek maar in beperkte mate mogelijk zicht te krijgen op de problematiek van de allochtone patiënt en het klachtrecht.

8.3 Het klachtrecht in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg

Uit dit onderzoek blijkt wederom dat de betekenis van de art. 41-procedure in de sectoren pg en vgz uitermate gering is, ondanks het feit dat toepassingen van vrijheidsbeperkingen en dwang regelmatig voorkomen. Een verklaring hiervan kan er deels in gelegen zijn dat het aantal patiënten met een Bopz-maatregel in deze beide sectoren lager is dan in de psychiatrie, evenals het aantal aan de Inspectie gemelde toepassingen van dwang. Daar staat tegenover dat die toepassingen wel degelijk voorkomen en dat het ernstige vermoeden bestaat dat op dat punt van onderrapportage sprake is. Andere oorzaken voor het geringe aantal klachten zijn:

- Bewoners in beide sectoren zijn vaak zelf niet in staat om te klagen en als ze klagen worden klachten niet als zodanig herkend;
- De bekendheid van de klachtenregeling onder potentiële klagers (meestal vertegenwoordigers) is nog altijd onvoldoende;
- Er is onder potentiële klagers angst voor represailles;
- De overheersende cultuur is om klachten in de lijn op te lossen. Klagers kunnen daardoor een druk ervaren geen officiële klacht in te dienen;
- Klachtencommissies worden door potentiële klagers als te weinig onafhankelijk gezien.

Tijdens de interviews in deze sectoren, maar ook tijdens de expert-meeting, is nadrukkelijk naar voren gebracht dat het klachtrecht in deze beide Bopz sectoren door tal van omstandigheden een andere inhoud en betekenis heeft dan in de psychiatrie. Met die specifieke factoren, in Hoofdstuk 6 geschetst, moet bij het kiezen van alternatieven voor of aanvullingen op de art. 41-procedure rekening gehouden worden.

Op basis van dit onderzoek en onderzoeken die reeds eerder zijn verricht, kan de situatie als volgt worden getypeerd. In de sectoren pg en vgz heeft de relatief formele art. 41-procedure niet of nauwelijks betekenis voor de rechtspositie van de patiënt. In het bijzonder in de pg zijn in een aanzienlijk aantal instellingen klachtenfunctionarissen werkzaam, veelal in dienst van de instelling. In de instellingen is men doorgaans over deze functionarissen tevreden. Er zijn echter ook aanwijzingen dat de bijdrage van deze functionarissen aan de rechtsbescherming van de patiënt gering is. Dit blijkt zowel uit het onderhavige onderzoek (zie bijvoorbeeld par. 6.4.6.1) als uit het in 2000 door het NIVEL verrichte onderzoek en het project waarover in 2001 is gerapporteerd door de Contactgroep Zorgvragers Zuid-Holland. De toegankelijkheid van de klachtenfunctionarissen is problematisch, mede vanwege hun afhankelijke positie ten opzichte van de instelling. De conclusie is gerechtvaardigd dat met het aanstellen van klachtenfunctionarissen in dienst van de instelling niet kan worden volstaan.

Al eerder is er naar aanleiding van evaluatie-onderzoek voor gepleit in de pg en de vgz een patiëntenvertrouwenspersoon of een pvp-achtige figuur te introduceren. De regering heeft zich hierover al eerder positief uitgelaten. Tot concrete initiatieven heeft dit nog niet of nauwelijks geleid. In dit onderzoek is uitvoerig stilgestaan bij de vraag of een patiëntenvertrouwenspersoon of een patiëntenvertrouwenspersoon-achtige figuur het klachtrecht in de pg en vgz zou kunnen verbeteren. Hoewel er aarzelingen bestaan, vooral onder instellingsmedewerkers, kan in het algemeen gesproken worden van een positieve houding in beide sectoren. Dit wordt versterkt door de uitkomsten van het –overigens beperkte- project van de Contactgroep Zorgvragers

Zuid-Holland. Wel is het aanbevelenswaard dat het profiel van de patiëntenvertrouwenspersoon in de sectoren pg en vgz op een aantal punten afwijkt van het model in de psychiatrie. Het onderhavige onderzoek geeft daarvoor suggesties.

Instellingen en koepelorganisaties uit de sectoren pg en vgz zijn er beducht voor dat een patiëntenvertrouwenspersoon of een patiëntenvertrouwenspersoon-achtige functionaris door een wettelijke maatregel wordt afgedwongen. Dat is begrijpelijk. Het ligt veel meer voor de hand een patiëntenvertrouwenspersoon-achtige figuur te introduceren op de wijze die begin jaren tachtig ook in de psychiatrie is gekozen: via de weg der geleidelijkheid, met wettelijke formalisering op het moment dat deze figuur breed is geïntroduceerd. Kijkend naar de uitkomsten van dit onderzoek en eerdere onderzoeken is er echter geen reden meer de start van dit proces langer uit te stellen.

Aanbeveling 5

De rechtsbeschermende functie van het klachtrecht komt in de sectoren pg en vgz tot op heden niet van grond. Er is nu alle aanleiding de positieve uitlatingen uit het veld en van de overheid over het introduceren van een patiëntenvertrouwenspersoon of een patiëntenvertrouwenspersoon-achtige functionaris in de sectoren pg en vgz om te zetten in daden. De overheid dient in overleg met beide sectoren een traject uit te zetten dat leidt tot de introductie en de geleidelijke toename van deze functionarissen in de pg en de vgz, op de langere termijn gevolgd door wettelijke formalisering. Bij de introductie dient rekening te worden gehouden met de bijzondere kenmerken die een patiëntenvertrouwenspersoon-achtige functionaris in deze sectoren vraagt. Dit onderzoek geeft daarvoor suggesties.

8.4 Het toezicht door de Inspectie

** Het Bopz-toezicht in het algemeen*

In de Wet Bopz is het toezicht van de Inspectie op bijzondere wijze geregeld. In het algemeen is het zo, dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg vanuit een kwaliteitsbewakende en –verbeterende rol het toezicht ‘invult’. In dat kader oefent de Inspectie algemeen toezicht uit kan en zal de Inspectie ingrijpen bij ernstige misstanden. Het geven van individuele rechtsbescherming behoort doorgaans niet tot de taken van de Inspectie. Op dit punt wijkt de Wet Bopz af van andere wetten waarin de Inspectie een rol wordt toegekend. De Wet Bopz geeft de Inspectie ook taken en bevoegdheden die op de grens tussen kwaliteitsbewaking en individuele rechtsbescherming liggen en die soms zelfs over die grens heengaan. Dat heeft te maken met de door de wetgever gepercipieerde kwetsbaarheid van de mensen die onder het regime van de Wet Bopz vallen. In de visie van de wetgever behoeven deze mensen extra bescherming, onder meer door aan de Inspectie specifieke toezichthoudende taken op te dragen.

** Het beleid van de Inspectie*

Gelet op de diversiteit van taken die de Wet Bopz de Inspectie geeft, en de samenloop van toezichtbepalingen uit verschillende wetten (zoals de Kwaliteitswet en de Wet Bopz) is het voor de Inspectie niet eenvoudig een eenduidig Bopz-beleid te voeren. Daar komt bij dat de Inspectie-organisatie de afgelopen jaren veel externe kritiek te verduren heeft gekregen en dat pas sinds relatief korte tijd vanuit een centrale visie wordt gewerkt aan een heldere en adequate positionering van en taakuitoefening door de Inspectie. In dat licht gezien is het niet verwonderlijk dat een aantal instellingen uit alle drie de Bopz-sectoren aangeeft dat het voor hen onduidelijk is wanneer de Inspectie wel/niet in actie komt. Ook is mede door de andere ontwikkelingen

binnen de Inspectie vertraging opgetreden bij de ontwikkeling van een helder Bopz-beleid. Ten aanzien van cruciale onderdelen daarvan, zoals de wijze van omgaan met meldingen van dwangbehandeling en middelen en maatregelen, zijn eerst in 2001 eenduidige, en landelijk toe te passen handleidingen gemaakt. De toezegging uit het Kabinetsstandpunt uit 1997 inzake de eerste Bopz-evaluatie dat op "korte termijn" een nieuw meldingsformulier voor instellingen wordt ontwikkeld, zal naar verwachting in het najaar van 2001 zijn gerealiseerd.

** De melding van dwangbehandelingen en middelen en maatregelen*

Een belangrijke Bopz-activiteit van de Inspectie is het verwerken van en reageren op de meldingen over de toepassing van dwangbehandelingen en middelen en maatregelen. Indertijd zijn deze meldingsplichten onder meer in de wet opgenomen om een bijdrage te leveren aan de Individuele rechtsbescherming van de patiënt. Dit komt niet uit de verf. Om verschillende redenen heeft de Inspectie van meet af aan deze meldingen geplaatst in de context van algemene kwaliteitsverbetering. Er wordt naar aanleiding van en over individuele meldingen met instellingen gecommuniceerd, maar dat zijn relatieve uitzonderingen. Mede omdat de meldingen pas worden onderzocht en getoetst na afloop van de dwangtoepassing, maar ook door het ontbreken van benodigde expertise in sommige Inspectie-regio's, heeft de toetsing door de Inspectie een duidelijke procedureel accent. Van een rechtmatigheidstoetsing zoals oorspronkelijk bedoeld door de wetgever en zoals bepleit in de literatuur (Van de Klippe, 1997) is geen sprake. Het is ook maar zeer de vraag of dat wenselijk en haalbaar is. In het algemeen is de Inspectie zo zeer gericht op algemene kwaliteitsbewakende taken, dat het erg lastig is dit te combineren met veel meer op individuele rechtsbescherming gerichte taken. Aan dat laatste komt de Inspectie niet toe. De Inspectie-medewerkers willen dat ook niet, mede omdat de Inspectie de vereiste deskundigheid niet (altijd) heeft en omdat zij een op kwaliteitsbevordering in het algemeen gerichte aanpak effectiever vinden. Het is een bewuste keuze om de activiteiten naar aanleiding van de meldingen een algemeen kwaliteitsbevorderende inhoud te geven.

** De rol van de Inspectie in het kader van art. 41*

Van oudsher heeft de Inspectie een rol in het kader van de art. 41-procedure. De patiënt die tegen een oordeel van het bestuur in beroep wil gaan bij de rechter, kan ervoor kiezen dat via de Inspectie te doen. Is de klager een andere persoon dan de patiënt zelf, dan kan deze uitsluitend via de Inspectie in beroep bij de rechter. Van deze mogelijkheden wordt zelden of nooit gebruik gemaakt. De patiënt kan ook rechtstreeks in beroep gaan bij de rechter en heeft geen enkele reden een weg via de Inspectie te bewandelen. Andere klagers dan de patiënt zijn er in de praktijk niet of nauwelijks. Ware dit anders, dan is er heden ten dage geen goed argument (meer) om hun beroepsroute via de Inspectie te laten lopen.

** De Inspectie en art. 42 Bopz*

Een wel zeer bijzondere Inspectie-bevoegdheid is te vinden in art. 42 Bopz. Blijkt uit een melding van een dwangbehandeling dat een patiënt niet in staat is zelf te klagen, dan kan de Inspectie de rechter een oordeel over de dwangbehandeling vragen. Door deze procedure wilde de wetgever aan wilsonbekwame patiënten extra bescherming bieden.

Van deze bevoegdheid is sinds de inwerkingtreding van de Wet Bopz door de Inspectie nog nooit gebruik gemaakt. Meldingen waarbij wordt aangegeven dat de patiënt niet tot klagen in staat is door de Inspectie met bijzondere aandacht bekeken, en waar nodig vindt in individuele gevallen overleg met de instelling plaats. Men komt er dan eigenlijk altijd samen wel uit, maar meer nog dan bij de toetsing van de meldingen op grond van de artikelen 38 en 39 is bij art. 42

een probleem dat de Inspectie geen rechtmatigheidstoetsing uitvoert. Dat is nu juist wel nodig om te kunnen beslissen op het uitoefenen van de bevoegdheid van art. 42 nodig is.

** Het toezicht van de Inspectie: conclusie*

Het regeling van het toezicht door de Inspectie op basis van de Wet Bopz wordt gekenmerkt door een combinatie van taken: taken betreffende kwaliteitsbewaking en –bevordering binnen instellingen en taken gericht op individuele rechtsbescherming. Om de hiervoor genoemde redenen komt de laatste taak niet of nauwelijks uit de verf. Van de op die taak betrekking hebbende wettelijke bevoegdheid (art. 42) is sinds de inwerkingtreding van de Wet Bopz in 1994 door de Inspectie nooit gebruik gemaakt.

De algemene opvatting binnen de Inspectie is, dat het nogal typische pakket van taken en verantwoordelijkheden dat de Wet Bopz aan de Inspectie geeft, zijn rechtvaardiging vindt in het karakter en het doel van de wet en dat dit pakket moet worden gehandhaafd. In de visie van de Inspectie zijn ook de wettelijke bevoegdheden waar de Inspectie (bijna) nooit gebruik van maakt, van belang. Naar de mening van de Inspectie is het juist dankzij de wettelijke regeling van deze bevoegdheden zo, dat er (bijna) nooit gebruik van gemaakt hoeft te worden. In veruit de meeste gevallen slaagt de Inspectie er al eerder in met de instelling tot overeenstemming te komen.

Tijdens de expert-meeting werd er vrijwel zonder uitzondering voor gepleit de huidige Bopz-regeling van de Inspectie-toezicht te behouden. De rol van de Inspectie werd van groot belang geacht. Problemen en knelpunten in de huidige uitvoeringspraktijk behoren volgens de deelnemers aan de expert-meeting te worden aangepakt door het Inspectie-apparaat waar nodig uit te breiden en te verbeteren, en niet door wijzigingen of beperkingen aan de te brengen in de wettelijke regeling van het Inspectie-toezicht.

Dat laatste laat onverlet dat niet alle Bopz-taken van de Inspectie gehandhaafd behoeven te worden (en met name niet de ‘zeef-functie’ van de Inspectie in het kader van art. 41 waar het gaat om klagers anders dan de patiënt) en dat de Inspectie-taken die een element van individuele rechtsbescherming in zich hebben problematisch zijn en naar verwachting ook zullen blijven. Het is in zijn algemeenheid maar zeer de vraag of het wijs en mogelijk is taken op het gebied van de algemene kwaliteitsbewaking en die op het gebied van de individuele rechtsbescherming goed te combineren. Hoewel deze taken met elkaar samenhangen, hebben zij ook duidelijk eigen kenmerken en vragen zij verschillende oriëntaties en methodieken. Het risico is groot, zoals ook wel blijkt uit dit onderzoek, dat bij een combinatie een van deze taken toch gaat overheersen, i.c. de algemene kwaliteitsbewaking. Hierdoor wordt een van de bedoelingen van de Bopz-wetgever, individuele rechtsbescherming mede door de Inspectie, niet gerealiseerd. Dit vergt additionele maatregelen, om het door het wetgever beoogde niveau van individuele rechtsbescherming waar te maken. Tijdens de expert-meeting is gesproken over de mogelijkheid om toepassingen van dwang en vrijheidsbeperkingen te melden aan de pvp, waarna deze de patiënt kan bezoeken om hem over zijn rechten te informeren en hem desgewenst bij staan bij het starten van een klachtenprocedure. Tegen deze optie werd als voornaamste bezwaar aangevoerd dat deze in strijd komt met de ‘lijdelijke’ opstelling van de pvp. Bovendien werd gevreesd dat een dergelijke meldingsplicht aan de pvp een argument vormt voor de Inspectie om het accent nog mee bij de kwaliteitsbewakende taak te leggen.

Makkelijker te realiseren is de oplossing welke hiervoor is genoemd in aanbeveling 2. Deze aanbeveling richt zich niet op de pvp maar op de patiënt zelf en zal naar verwachting een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de individuele rechtsbescherming.

8.5 Algemene slotbeschouwing

In de inleidende paragraaf van dit hoofdstuk zijn de centrale vraagstelling van dit onderzoek genoemd, de daaruit afgeleide onderzoeksvragen en een aantal algemene vragen uit de ZON-programmatekst Bopz. In de paragrafen 8.2, 8.3 en 8.4 zijn de eerste drie onderzoeksvragen aan de orde gekomen. In deze afsluitende paragraaf wordt ingegaan op de vierde, meer algemene onderzoeksvraag en op de centrale vraagstelling van het onderzoek. Dit nadat kort aandacht is besteed aan de algemene vragen uit de ZON-programmatekst.

8.5.1 De algemene vragen uit de ZON –programmatekst

Is de wet voldoende bekend? Voor welke groep(en) is dit niet het geval?

De uitkomsten van het onderzoek wijzen erop dat de klachtrecht-bepalingen van de Wet Bopz, en in het bijzonder de art. 41-procedure, onder onvrijwillig opgenomen patiënten nog niet voldoende bekend zijn.

Is de uitvoeringspraktijk conform de bepalingen van de wet?

Het algemene beeld is dat waar het klachtrecht wordt toegepast, dit gebeurt op de wijze zoals de wet voorschrijft en beoogt. Dit ligt anders bij de uitoefening van het toezicht door de Inspectie. De wijze waarop dit wordt uitgevoerd is nogal eenzijdig gericht op algemene kwaliteitsbevordering. De dimensie van de individuele rechtsbescherming krijgt minder aandacht dan uit de tekst van de wet en de bedoelingen van de wetgever voortvloeit.

Doen zich in de uitvoeringspraktijk (structurele) knelpunten en problemen voor?

Het belangrijkste structurele probleem wordt gevormd door de toepasbaarheid en de relevantie van de art. 41-procedure in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. Deze procedure heeft in deze sectoren geen enkele reële betekenis. Aangezien de Wet Bopz voor deze sectoren, anders dan in de psychiatrie, geen andere vormen van klachtenopvang voorschrijft, wordt in deze sectoren de rechtsbeschermende functie van het klachtrecht niet gerealiseerd.

Hebben de maatregelen n.a.v. de eerste evaluatie effect gesorteerd?

Naar aanleiding van de eerste evaluatie is door de regering een wetsvoorstel tot wijziging van (onder meer) het Bopz-klachtrecht ingediend: de Wet van 22 juni 2000, Stb. 292. Deze wet was ten tijde van dit tweede evaluatie-onderzoek nog niet in werking getreden, zodat het effect ervan nog niet kon worden vastgesteld.

In reactie op de eerste evaluatie gaf de regering aan positief te staan tegenover de introductie van een patiëntenvertrouwenspersoon in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. Op een enkel beperkt experiment na heeft dit echter niet tot verdere actie geleid.

De regering onderschreef de aanbeveling van de Evaluatiecommissie Bopz uit 1996 dat de Inspectie meer zou moeten toezien op de naleving van de klachtrechtbepalingen van de Wet Bopz. Ook zou de Inspectie beter moeten toezien op de regeling van de interne rechtspositie in het algemeen. Deze onderwerpen zijn de afgelopen jaren in het algemene Inspectie-toezicht aan de orde geweest. De Inspectie richtte zich daarbij in het bijzonder op de uniformiteit en volledigheid van de meldingen dwangbehandeling en middelen en maatregelen,

De aanbeveling uit de eerste evaluatie dat de meldingsplicht aan de Inspectie beter moest worden nageleefd en dat het Inspectie-toezicht op dat punt moest worden verscherpt. Dit heeft geleid tot verschillende activiteiten. In alle Inspectie-regio's zijn zogenaamde Bopz-

medewerkers aangesteld, die een belangrijke rol spelen bij het verhogen van de kwaliteit van de meldingen en de meldingsbereidheid. Daarnaast heeft de Inspectie een veel duidelijker beleid ontwikkeld ten aanzien van het omgaan met de meldingen in de richting van de instellingen en is voor de instellingen een nieuw meldingsformulier ontwikkeld. Beide laatste activiteiten kunnen ertoe bijdragen dat de instellingen beter overtuigd raken van het nut van melding en de waarde daarvan voor hun kwaliteitsbeleid. Deze maatregelen zijn overigens pas in 2001 geïmplementeerd, deels nog op experimentele basis, zodat het effect ervan in dit onderzoek nog niet kon worden vastgesteld.

Is de wet adequaat voor de sectoren die zij bestrijkt en biedt zij in deze sectoren de beoogde rechtsbescherming?

Waar het gaat om het klachtrecht moet deze vraag voor de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg negatief worden beantwoord. In deze sectoren behoort de regeling van art. 41 zoals gezegd met andere vormen van klachtenopvang te worden aangevuld.

8.5.2 Bereikt de regeling haar doel en is zij effectief?

Waar het gaat om het klachtrecht in de psychiatrie kan worden gesteld dat in algemene zin de Bopz-regeling haar doel bereikt en effectief is. Wel is het bereik van de art. 41-klachtenregeling vrij beperkt, naar mag worden aangenomen mede door tekortkomingen in de informatie aan patiënten. Op het punt van de informatieverstrekking is een duidelijke verbetering van de uitvoeringspraktijk noodzakelijk. De aanbevelingen 1 en 2 doen daarvoor suggesties. De Bopz-klachtenprocedure kan op de wijze genoemd in de aanbevelingen 3 en 4 verder worden vervolmaakt.

Ten aanzien van het klachtrecht in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg is de conclusie dat de Bopz-regeling haar doel niet bereikt en (derhalve) niet effectief is. Aanbeveling 5 doet een suggestie voor verbetering.

Met betrekking tot het toezicht door de Inspectie komt het aspect van de algemene kwaliteitsbewaking ruim voldoende uit de verf. Dat is minder het geval bij het deel van de Inspectie-taak dat de individuele rechtsbescherming betreft. Op dat laatste gebied zijn aanvullende maatregelen vereist, bijvoorbeeld die genoemd in aanbeveling 2.

8.5.3 Wetsevaluatie en wetwijzigingen

Aan het einde gekomen van deze onderzoeksrapportage verdient nog één aspect de aandacht. Wetsevaluatie richt zich bij voorkeur op de effecten van wettelijke regelingen waarmee in de praktijk enige ervaring is opgedaan. Niet onvermeld mag blijven dat de wetsevaluaties betreffende het klachtrecht van de Wet Bopz zijn gehinderd door wijzigingen van de wettelijke regeling tijdens of kort na de onderzoeksperiode. Middenin de onderzoeksperiode van de eerste evaluatie werd een ingrijpende wijziging van het Bopz-klachtrecht van kracht, een wijziging die voortvloeide uit de inwerkingtreding van de WKCZ (Teijssen et al, 1996). Naar aanleiding van de eerste Bopz-evaluatie werd wederom een nogal verregaande wijziging van het Bopz-klachtrecht voorgesteld. De betreffende wet verscheen in juni 2000 in het Staatsblad, hangt sindsdien 'boven de markt', maar was zelfs ten tijde van de afsluiting van de onderzoeksperiode van deze tweede Bopz-evaluatie nog niet in werking getreden. Op het moment van afsluiting van de onderzoeksperiode publiceerde met ministerie een concept-wetsvoorstel ter verdere vervolmaking van de Bopz-klachtenprocedure (zie over dit concept-wetsvoorstel Hoofdstuk 9). Door dergelijke ontwikkelingen wordt evaluatie-onderzoek bemoeilijkt en zijn onderdelen van het verrichte onderzoek soms zelfs al bij voorbaat zinloos of achterhaald. Een betere afstem-

ming tussen momenten en onderwerpen van evaluatie enerzijds en wetsaanpassingen anderzijds is zeer gewenst.

9

Epiloog: het concept-wetsvoorstel uit september 2001

9.1 Inleiding

In september 2001, op een moment dat dit onderzoek was afgerond, werd een concept-wetsvoorstel tot wijziging van het Bopz-klachtrecht bekend. Het gaat om een tekst die door het ministerie van VWS voor commentaar is toegezonden aan een aantal koepelorganisaties. Naar verwachting zal in 2002 een (mogelijk aangepast) wetsvoorstel bij de Tweede Kamer worden ingediend.

Vanzelfsprekend was het niet mogelijk dit concept-wetsvoorstel in het onderzoek te betrekken. In dit hoofdstuk wordt een korte schets gegeven van de achtergrond en het doel van het wetsvoorstel (par. 9.2) en van de implicaties voor de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek (par. 9.3).

9.2 Achtergrond en inhoud van het concept-wetsvoorstel

Het concept-wetsvoorstel is een gevolg van de Wet van 22 juni 2000, Stb. 292. Deze wet leidt er onder meer toe, dat tegen rechterlijke uitspraken op grond van art. 41 Bopz beroep in cassatie bij de Hoge Raad kan worden ingesteld (zie nader par. 5.2.3). Naar aanleiding hiervan heeft er overleg plaatsgevonden tussen het ministerie van VWS en de Hoge Raad. Daarbij gaf de Hoge Raad te kennen dat de huidige regeling van het Bopz-klachtrecht een aantal procedurele vragen en onduidelijkheden oproept. Het concept-wetsvoorstel strekt ertoe deze vragen en onduidelijkheden weg te nemen.

De inhoud van het concept-wetsvoorstel kan als volgt worden samengevat:

1. Expliciet wordt geregeld welke soorten beslissingen de klachtencommissie en de rechter kunnen nemen;
2. Expliciet wordt geregeld wat de rechtsgevolgen van een gegrondverklaring van de klacht zijn;
3. Geregeld wordt binnen welke termijn een klager van een uitspraak van de commissie beroep moet instellen bij de rechter;
4. De rechter krijgt de bevoegdheid de beslissing waartegen de klacht gericht is, te schorsen;
5. De rechter kan de instelling die zich niet aan de rechterlijke beslissing houdt, een dwangsom opleggen;

6. Dezelfde rechter die over de art. 41-klacht oordeelt krijgt de bevoegdheid te beslissen op een verzoekschrift waarin de patiënt ten aanzien van een gegrondverklarde klacht om schadevergoeding vraagt.

9.3 Implicaties voor de conclusies en aanbevelingen van dit onderzoek

De tekst van het concept-wetsvoorstel komt tegemoet aan de inhoud van Aanbeveling 3 van dit onderzoek. Alle onderdelen van deze aanbeveling worden door het concept-wetsvoorstel geregeld.

In Aanbeveling 4 van dit onderzoek wordt voorgesteld ook instellingen/behandelaars de mogelijkheid te geven in beroep te gaan bij de rechter tegen een uitspraak van de art. 41-commissie. In de Memorie van Toelichting bij het concept-wetsvoorstel wordt deze mogelijkheid verworpen. De regering zegt hierover: "De centrale doelstelling van de klachtregeling is daarin gelegen dat (...) beslissingen ter bescherming van de patiënt via een laagdrempelige voorziening kunnen worden getoetst. Hierbij past niet dat de behandelaar de mogelijkheid krijgt om beroep bij de rechter in te stellen tegen gegrondverklaringen door de klachtencommissie. Bij de evaluatie van de Wet Bopz (1996) is overigens niet gebleken dat de ongelijke verhouding tussen behandelaar en patiënt in de praktijk tot problemen leidt. Kennelijk biedt de behandeling van een klacht door een deskundig samengestelde commissie in de voorfase voldoende waarborgen voor een uitspraak die de beroepsmatige integriteit van de behandelaar niet in gevaar brengt". Bij deze argumentatie van de regering kunnen in het licht van het onderhavige onderzoek wel enige vraagtekens worden geplaatst. Verwezen zijn naar de bezwaren van instellingen en behandelaars als genoemd in par. 5.2.2 en naar de op dit onderwerp betrekking hebbende overwegingen en conclusies in par. 8.2.

Het laatstgenoemde punt uit het citaat van de regering, de deskundigheid van de klachtencommissie, verdient specifieke aandacht. Uit het onderhavige onderzoek blijkt dat van verschillende kanten wordt getwijfeld aan de deskundigheid van de commissies. Dit komt naar voren uit de ervaringen van de pvp-en (zie par. 4.5.6) maar ook uit opvattingen van de commissies zelf (par. 5.3). Dit zijn slechts beperkte observaties, omdat de deskundigheid van de commissies als zodanig geen onderwerp in het kader van dit onderzoek was. Het punt is dat de verzelfstandiging van de klachtencommissies, en de nadere invulling die daar door het concept-wetsvoorstel aan gegeven wordt, het absoluut noodzakelijk maakt dat de commissies voldoende onafhankelijk en deskundig zijn. Het staat bepaald niet vast dat deze situatie al bereikt is. In de context van het concept-wetsvoorstel is nader onderzoek op dit punt geboden. Het concept-wetsvoorstel handhaaft dat andere klagers dan de patiënt alleen in beroep kunnen gaan bij de rechter via de Inspectie. Zowel het geringe aantal klagers uit deze categorie als het ontbreken van inhoudelijke overwegingen, doen de vraag rijzen of deze 'Inspectie-zeef' gehandhaafd moet blijven.

Geraadpleegde literatuur

Adviescommissie IGZ, 2001

Adviescommissie IGZ, 'Op weg naar vertrouwen – Advies over de strategie voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg'. Den Haag, 2001.

Arends en Legemaate, 1999

L.A.P. Arends, J. Legemaate, 'De samenloop tussen de WKCZ en de Bopz'. In: R. Friele et al, Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Zorgonderzoek Nederland, 1999, p. 126-157.

Boot en Knapen, 2001

J.M. Boot, M.H.J.M. Knapen, 'Handboek Nederlandse gezondheidszorg'. Het Spectrum, Utrecht, 2001.

Contactgroep Zorgvragers Zuid-Holland, 2001

Contactgroep Zorgvragers Zuid-Holland, 'Eindverslag project vertrouwenspersoon'. Leiderdorp, 2001.

Dane, van Lindert, Friele, 2000

A. Dane, H. van Lindert, R.D. Friele, 'Klachtenopvang in de Nederlandse gezondheidszorg'. NIVEL, Utrecht, 2000.

Friele et al, 1999

R.D. Friele, C. de Ruiter, F. van Wijmen, J. Legemaate, 'Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector'. Zorgonderzoek Nederland, 1999

Van de Klippe, 1997

H. van de Klippe, 'Dwangtoepassing na onvrijwillige psychiatrische opname'. Ars Aequi Libri, Nijmegen, 1997.

Laurs, Dijkers en Widdershoven

P.J.H. Laurs, W.J.A.M. Dijkers en T.P.J.C. Widdershoven (red.), Handboek opnemings- en verblijf. Gouda Quint, Arnhem (losbladige uitgave).

Legemaate, 1993

J. Legemaate, 'Patiëntenrechten in bijzondere situaties – Over rechtsbescherming en wetgevingsbeleid', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993, p. 392-406.

Legemaate, 2001

J. Legemaate, 'Het toezicht van de Inspectie voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op de kwaliteit van de zorg', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2001, p. 354-367.

Nota Opmaat, 2000

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Opmaat voor een nieuwe strategie – een agenda. Den Haag, 2000

Den Ouden en De Die, 2000

W. den Ouden, A.C. de Die, 'Van Gezondheidswet als panacee naar titel 5:2 Awb', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2000, p. 70-86.

Stichting PVP, 1999

Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon, Gedragsregels patiëntenvertrouwenspersoon. Utrecht, 1999.

Teijssen et al, 1996

H.A.R.M.T. Teijssen, P.M de Klaver, L.A.P. Arends, J. Legemaate, 'De implementatie en de effecten van het klachtrecht uit de Wet Bopz'. Ministerie van VWS, Rijswijk, 1996.

ZON, 2000

Zorgonderzoek Nederland, 'Programma evaluatie regelgeving – Wet Bopz'. Den Haag, 2000

Afkortingen

apz	algemeen psychiatrisch ziekenhuis
Awb	Algemene wet bestuursrecht
BJ	Kwartaalblad Bopz-Jurisprudentie
Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens
evv-er	eerst verantwoordelijke verzorgende
ggz	geestelijke gezondheidszorg
ibs	inbewaringstelling
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
M&M	Middelen en maatregelen
paaz	psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
pg	psychogeriatric
puk	psychiatrische afdeling van een universiteitskliniek
pvp	patiëntenvertrouwenspersoon
rm	rechterlijke machtiging
Stb.	Staatsblad
vgz	verstandelijk gehandicaptenzorg
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector

Bijlage 1:

Deelnemers expert-meeting

Namens koepelorganisaties van instellingen:

- Mw mr C. Hoegen-van Tiel (Arcares)
- Mw drs M. Jonkers (GGZ-Nederland)
- Mr J.H.M. Zeijlstra (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland)

Namens instellingen uit de psychiatrie en de vgz:

- Drs R.H.P. van Beest (Parnassia)
- Dr P.A. de Groot (Meerkanten/GGZ Veluwe)
- Drs J.M.G.A. Schols (Verpleeg- en verzorgingshuis De Riethorst)

Namens de Inspectie voor de Gezondheidszorg:

- Mr G.V.C. Dekker
- Drs J. Lucieer

Namens de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon:

- Mw mr A. Blok
- Mr drs G. Heres Hoogerkamp

Namens de cliëntenorganisaties:

- Mw J. Dekker (Stichting Landelijke Patiëntenraden)
- Drs J. Verhaegh (Stichting Landelijke Patiëntenraden/Cliëntenbond)
- Mr S. Stulp (Stichting Landelijke Patiëntenraden)

Namens de klachtencommissies:

- Mw mr G. Bulstra (Vijverdal)
- Mr dr J.C.J. Dute (Vijverdal)
- Drs N. Kuiperi (Altrecht)
- Mw mr N. Roelofs-De Bruin (GGZ Eindhoven en Vincent van Gogh)
- Mr J.S. Tuin (GGZ Drenthe)

Overig:

- Mr dr K. Blankman (voorzitter)
- Mr J. Monden
- Mw mr M.C. Ploem (Zon/Mw)

Bijlage 2:

Overzicht van rechterlijke uitspraken

Deze bijlage bevat een korte beschrijving van de rechterlijke uitspraken waarnaar wordt verwezen in par. 2.4.

1. Rechtbank Den Bosch 20 januari 1998, BJ 1998/17:

Hoewel de raad van bestuur nog geen uitspraak heeft gedaan, is het beroep van de patiënt op de rechter ontvankelijk. Beroep op de rechter is immers juist ook mogelijk in gevallen waarin een beslissing van de raad van bestuur is uitgebleven (art. 41 lid 7 Bopz).

2. Rechtbank Zutphen 4 februari 1998, BJ 1998/38:

De raad van bestuur oordeelde na 3 dagen i.p.v. 2 dagen. De rechtbank verbindt daaraan geen gevolgen omdat 1) de wet aan een dergelijke termijnoverschrijding ook geen sanctie verbindt en 2) het uitblijven van een tijdige beslissing een reden is om beroep bij de rechter in te stellen.

3. Klachtencommissie GGZ Eindhoven 10 juni 1998, BJ 1998/55:

De art. 41-commissie voert een marginale toetsing uit. Het oordeel van de behandelaar is doorslaggevend, tenzij blijkt dat hij in redelijkheid niet tot dat oordeel kon komen.

4. Rechtbank Assen 26 november 1998, BJ 1999/10:

De raad van bestuur heeft na 6 i.p.v. 2 dagen een beslissing genomen over het oordeel van de klachtencommissie. De rechtbank verbindt daaraan geen gevolgen omdat 1) de wet aan een dergelijke termijnoverschrijding ook geen sanctie verbindt en 2) het uitblijven van een tijdige beslissing een reden is om beroep bij de rechter in te stellen.

5. Rechtbank Leeuwarden 3 maart 1999, BJ 1999/50:

Klacht van de patiënt betreft onder meer het niet-nakomen van de formele vereisten van art. 38 Bopz (melding dwangbehandeling aan de Inspectie). Klacht in behandeling genomen en gegrond verklaard.

6. Rechtbank Den Bosch 31 mei 1999, BJ 1999/61:

Klacht van terbeschikking gestelde, opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Door de klachtencommissie ten onrechte afgedaan als een klacht ex art. 2 WKCZ. Klacht opgevat als art. 41-klacht en gegrond verklaard.

7. Rechtbank Roermond 9 juli 1999, BJ 1999/65:

Veronachtzaming door het bestuur van verschillende vormvereisten. Voorafgaand aan het opleggen van een vrijheidsbeperkende maatregel was patiënt niet in de gelegenheid gesteld zijn zienswijze naar voren te brengen. Op de klacht dient te worden besloten door het bestuur, waaronder de rechtbank verstaat de raad van bestuur en niet de raad van toezicht. Door het ontbreken van een schriftelijk mandaat was het onjuist dat de klacht behandeld werd door 1 lid van de raad van bestuur. Dit lid van de raad van bestuur heeft besloten het advies van de klachtencommissie niet over te nemen, maar zonder dat er aan zijn kant sprake was van een

volledige inventarisatie van feiten en belangen en van een deugdelijke afweging (vereisten ontleend aan de Algemene wet bestuursrecht, in de visie van de rechter is de raad van bestuur een bestuursorgaan in de zin van deze wet). De behandeling van betrokkene's klacht moet als nietig worden beschouwd en worden overgedaan, met inachtneming van de door de rechtbank genoemde zorgvuldigheidseisen. Het verzoek van de patiënt aan de rechter om de maatregel waarover geklaagd te schorsen, wijst de rechter af. De Wet Bopz geeft de rechter geen bevoegdheid om te schorsen.

8. Rechtbank Den Bosch 12 november 1999, BJ 2000/31 en Rechtbank Den Bosch 17 december 1999, BJ 2000/32:

Twee uitspraken van dezelfde rechtbank waarin complexe feiten en beschouwingen aan de orde zijnde betreffende het karakter van de klachtencommissie ("De klachtencommissie is geen onafhankelijk en onpartijdig gerecht dat bij wet is ingesteld", aldus de rechter), de rechtskracht van een beslissing van de rechter in een art. 41-procedure en de vermenging van een art. 41-procedure met een civielrechtelijke procedure ter zake van schadevergoeding. De annotator (W. Dijkers) typeert deze problematiek als een "juridisch doolhof" en concludeert dat het ontbreekt aan de mogelijkheid dat de instantie die over de art. 41-klacht oordeelt, meteen ook een schadevergoeding kan toekennen. Een wettelijke regeling ter zake acht hij wenselijk.

9. Rechtbank Den Bosch 23 december 1999, BJ 2000/10:

Het contact van de patiënt met de patiëntenvertrouwenspersoon mag niet worden verhinderd. In die relatie mag het recht van de patiënt op telefoonverkeer nimmer worden beperkt.

10. Rechtbank Breda 21 februari en Rechtbank Breda 12 april 2000, niet gepubliceerd:

Klacht van patiënt tegen termijnoverschrijding door klachtencommissie resp. raad van bestuur gegrond verklaard.

11. Rechtbank Leeuwarden 25 februari 2000, BJ 2000/34:

Kort geding inzake de toepassing van dwangmedicatie op een onvrijwillig opgenomen patiënt. De rechter wijst de klacht van de patiënt toe en verbiedt de dwangmedicatie, op straffe van een dwangsom van f 1000 per overtreding.

12. Rechtbank Den Bosch 19 mei 2000, BJ 2000/66:

Schadevergoedingsprocedure, in vervolg op een eerder door dezelfde rechtbank gegrond verklaarde art. 41-klacht. De rechtbank oordeelt dat een beslissing in een art. 41-procedure formele rechtskracht heeft, hetgeen betekent dat bij een gegrondverklaring van de klacht de dwangbehandeling na indiening van de klacht onrechtmatig was. De annotator (H.E. Broring) verwijst naar eerdere uitspraken van deze rechtbank (zie hierboven onder nr. 8) en komt eveneens tot de conclusie dat de problematiek van de rechtskracht van beschikkingen in de art. 41-procedure en de mogelijkheden voor schadevergoeding onduidelijk zijn.

13. Rechtbank Breda 3 oktober 2000, BJ 2001/8:

Patiënt dient vier jaar na de gebeurtenis een art. 41-klacht in. De commissie weigert de klacht in behandeling te nemen, omdat betrokkene geen toestemming geeft voor inzage in zijn dossier. Daarop wendt betrokkene zich rechtstreeks tot de rechter. De rechter oordeelt dat de wetgever met de art. 41-procedure vooral het spoedeisend belang van de patiënt heeft willen dienen. Als het belang van de patiënt aanmerkelijk maar niet meer spoedeisend is, zoals i.c., is het de vraag of alle elementen van de art. 41-procedure van toepassing blijven. De rechtbank meent van niet, patiënt niet-ontvankelijk.

14. Rechtbank Haarlem 5 december 2000, BJ 2001/26:

Vrijwillig opgenomen patiënt dient bij de klachtencommissie een klacht in tegen een overplaatsing. De commissie wijst de klacht af en de patiënt dient een verzoekschrift in bij de rechtbank. De rechtbank behandelt de zaak als ware het een art. 41-klacht, verklaart de klacht gegrond en verklaart haar beschikking uitvoerbaar bij voorraad. De annotator (H.E. Broring) signaleert dat een wettelijke grondslag voor deze procedure ontbrak en dat de rechter de patiënt niet-ontvankelijk had moeten verklaren.

15. Rechtbank Leeuwarden 17 januari 2001, BJ 2001/30:

Geen art. 41-procedure, maar een kort geding. Onvrijwillig opgenomen patiënte eist stopzetting van dwangmedicatie. De rechter erkent haar spoedeisend belang, maar verklaart de klacht ongegrond.

16. Rechtbank 's-Hertogenbosch 6 maart 2001, BJ 2001/48:

Klacht van een onvrijwillig opgenomen patiënt over verplicht binnenblijven tijdens het gezamenlijk koffie- en theedrinken door de klachtencommissie van de instelling getypeerd als een klacht op grond van de Wet klachtrecht. De rechtbank verwerpt dit oordeel: het gaat om een beperking van de bewegingsvrijheid als bedoeld in art. 41 lid 1 jo. 40 Bopz: een beperking van de bewegingsvrijheid. Klacht door de rechtbank verder afgedaan als art. 41-klacht.

Evaluatie

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Deelonderzoek 6: De Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie

Trimbos-instituut

Caroline de Groot
Marianne Donker

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 De evaluatie van de Wet Bopz in 1996	7
1.2 De onderzoeksvragen	9
1.3 De onderzoeksmethode	10
1.4 Begripsomschrijvingen	12
1.5 Dankwoord	13
2 De Wet Bopz in vogelvlucht	15
2.1 Inleiding	15
2.2 De externe rechtspositie	16
2.2.1 Onvrijwillige opneming	16
2.2.2 Verlof en ontslag	19
2.3 De interne rechtspositie	19
2.3.1 Inleiding	19
2.3.2 Behandeling	20
2.3.3 Dwangbehandeling	21
2.3.4 Middelen en maatregelen	22
2.3.5 Vrijheidsbeperkingen	24
2.4 Klachtrecht	24
2.5 De relatie met andere wetgeving	25
2.5.1 De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst	26
2.5.2 Ondertoezichtstelling	28
2.5.3 Wetboek van Strafrecht	32
3 Dilemma's in de praktijk	33
3.1 Inleiding	33
3.2 De externe rechtspositie	33
3.3 Dwang (interne rechtspositie)	39
3.3.1 Inleiding	39
3.3.2 Dwangbehandeling	45
3.3.3 Middelen en maatregelen	52
3.3.4 Vrijheidsbeperkingen	63
3.3.5 Culturele en seksespecifieke aspecten	69
3.3.6 Klachtrecht	71
3.4 Staatstoezicht	76
3.4.1 De Inspectie voor de Gezondheidszorg	76
3.4.2 Bezoek van de Officier van Justitie	83
3.5 Realisering van de 112 Bopz-plaatsen	84
3.6 Afsluiting	85

4	De Richtlijn ‘De Wet Bopz en pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie’	87
4.1	Inleiding	87
4.2	Een schets van de Richtlijn	88
4.3	De evaluatie van de Richtlijn	91
4.3.1	Bekendheid van de Richtlijn	91
4.3.2	Duidelijkheid en toepasbaarheid	92
4.3.3	Onopgeloste knelpunten	96
4.3.4	Nabeschuwing en aanbevelingen	99
5	Samenvatting, conclusies, nabeschuwing en aanbevelingen	103
5.1	Samenvatting en conclusies	103
5.1.1	De externe rechtspositie (vraag 1 en 2)	104
5.1.2	Interne rechtspositie (vraag 3)	104
5.1.3	Klachtrecht (vraag 3)	107
5.1.4	Staatstoezicht (vraag 4)	108
5.1.5	Realisering van de 112 Bopz-plaatsen (vraag 5)	109
5.1.6	Bekendheid van de wet (vraag 6)	109
5.1.7	Evaluatie van de Richtlijn ‘De Wet Bopz en pedagogische maatregelen’ (vraag 7 tot en met 11)	109
5.2	Nabeschuwing en aanbevelingen	110
	Literatuur	117
	Afkortingen	121
	Bijlage 1 Kwantitatieve gegevens uit Bopzis II	123

Samenvatting

Sinds de vorige evaluatie van de Wet Bopz zijn aanzienlijk meer jeugdigen met een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling opgenomen. Bij de interpretatie van het gevaarscriterium voor de externe rechtspositie spelen in sommige situaties (met name als de ouders niets meer voor de jeugdige betekenen) bestwiloverwegingen een rol. Verzet door een jeugdige wordt niet altijd erkend, waardoor jeugdigen rechtsbescherming ontberen.

Bij de interpretatie van het gevaarscriterium (interne rechtspositie) spelen in sommige situaties opvoedkundige overwegingen en bestwilargumenten mede een rol. In 20 procent van de meldingen van dwangbehandeling (in de periode 1998-juni 2001) werd dwangbehandeling toegepast op een niet door de wet geoorloofde grond: gevaar voor materieel. Technieken voor fysieke inperking kunnen, als de jeugdige zich verzet, pijnlijk zijn en tot letsel leiden.

Het onderscheid tussen dwang in de zin van de Wet Bopz en pedagogische maatregelen is in de praktijk nog altijd onduidelijk. De WGBO-norm van de zorg van een goed hulpverlener botst in de ogen van hulpverleners met de verplichtingen op grond van de Wet Bopz. Pedagogische sancties met een strafkarakter hebben geen wettelijke basis. Beperkingen van het recht op telefoneren en het ontvangen van bezoek worden in de praktijk niet altijd als vrijheidsbeperkingen ex artikel 40 gekwalificeerd.

Indien op vrijwillig opgenomen patiënten dwangbehandeling of middelen en maatregelen worden toegepast, wordt niet in alle gevallen een Bopz-titel aangevraagd. De Inspectie tracht hierop toe te zien.

Er is zeer waarschijnlijk een ondermelding van middelen en maatregelen bij de Inspectie, met name bij toepassen van technieken voor fysieke inperking. Er is onvoldoende zicht op het voorkomen van dwangmaatregelen bij kinderen tot 12 jaar.

Het klachtrecht functioneert niet optimaal.

Van de 112 benodigde Bopz-plaatsen zijn er 71 gerealiseerd.

De kennis van de Wet Bopz (in samenhang met andere wettelijke regelingen) en van de Richtlijn 'De Wet Bopz en pedagogische maatregelen' is toegenomen, maar nog niet optimaal.

De samenloop van de Wet Bopz, de WGBO en de regeling van ondertoezichtstelling in het Burgerlijk Wetboek is in de praktijk bijzonder gecompliceerd en dit maakt de wetgeving moeilijk toepasbaar.

De Richtlijn 'De Wet Bopz en pedagogische maatregelen' heeft een bijdrage geleverd aan de implementatie van de Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie. De grens tussen dwang in de zin van de Wet Bopz en pedagogische maatregelen blijft echter (ondanks de verheldering in de Richtlijn) zeer lastig te hanteren. De adviezen om bij toepassing van middelen en maatregelen ter legitimering een inbewaringstelling aan te vragen en om begeleid te separeren of af te zonderen stuiten bij hulpverleners op weerstand.

1

Inleiding

In 1994 werd de kinder- en jeugdpsychiatrie voor het eerst geconfronteerd met een wettelijke regeling van onvrijwillige opname en dwangtoepassing; de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). In deze wet is bepaald dat bij jongeren van 12 jaar of ouder een Bopz-titel (inbewaringstelling of rechterlijke machtiging) vereist is indien de jongere of de ouders zich tegen opname verzetten of indien de ouders hierover van mening verschillen. Voor kinderen tot 12 jaar is alleen een Bopz-titel vereist indien de ouders niet met de opname instemmen of van mening verschillen. De interne rechtspositie van de wet ziet op behandeling, dwangbehandeling, middelen en maatregelen, vrijheidsbeperkingen en klachtrecht, en is op jeugdigen met een IBS of RM van toepassing.

Dit onderzoek is gebaseerd op artikel 71 van de Wet Bopz, waarin wordt bepaald dat na de eerste evaluatie elke vijf jaar dient te worden onderzocht hoe de Wet Bopz wordt toegepast.

1.1 De evaluatie van de Wet Bopz in 1996

Bij de eerste evaluatie van de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) in 1996¹ bleek dat onvrijwillige opnemingen in de kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) nog maar zelden voorkwamen. De werkwijze in de KJP was er in eerste instantie op gericht om dwangopnemingen te voorkomen. Er werd veel energie besteed om het systeem rond de minderjarige zo te bewerken dat de minderjarige onder druk van de omgeving met een 'vrijwillige opname' instemde. De reden hiervan is dat een Bopz-titel in de ogen van hulpverleners voor een minderjarige belastend is en een schadelijke uitwerking op de relatie met het kind heeft. Een vrijwillige opname zou betere behandelresultaten geven. Een bijkomend probleem was dat er ten tijde van de eerste evaluatie nog niet voldoende bedden in de KJP beschikbaar waren om aan de toegenomen vraag te voldoen.

Doordat er nog maar weinig Bopz-opnemingen waren geweest, was niet altijd duidelijk welke dwangtoepassingen onder de reikwijdte van de Wet Bopz vielen. Bij de behandeling van jeugdigen nam het systeem rond de patiënt – veelal de ouders of verzorgers – een belangrijke plaats in. Zij werden in de onderzochte klinieken voor KJP dan ook nauw betrokken bij het opstellen van een behandelplan, samen met de jeugdige. Gestreefd werd naar het verkrijgen van informed consent. De verschillende leeftijdsgren-

¹ Wilma de Vries (et al), Interne rechtspositie-psychiatrie : Evaluatie interne rechtspositieregelingspsychiatrische ziekenhuizen, Rijswijk, 1996, p. 147-166.

zen die in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Bopz worden gehanteerd bleken in de praktijk tot verwarring te leiden. De ontwikkelingsleeftijd van de jeugdige speelde een rol bij de mate waarin men de jeugdige over de behandeling liet meebeslissen. Ondanks de (kalender)leeftijd van het kind vroeg men in alle gevallen ook de ouders om toestemming voor de behandeling. Dit is juridisch gezien bij onvrijwillig opgenomen jeugdigen van 12 jaar of ouder niet noodzakelijk. Het begrip wilsonbekwaamheid speelde geen rol van betekenis, maar doordat men bij jongeren van 12 jaar of ouder altijd ook toestemming voor behandeling aan de ouders vroeg, achtte men deze groep feitelijk niet volledig wilsbekwaam.

De behandeling van minderjarigen bleek zich af te spelen op het grensvlak van pedagogiek en vrijheidsbeperking, ongeacht de juridische status van de jeugdige. Er is van verschillende zijden op gewezen dat er in een opvoedingssituatie altijd sprake is van dwang en onvrijwilligheid. Wanneer er dwang of een vrijheidsbeperking werd toegepast bij een vrijwillig opgenomen minderjarige, werd in de regel geen inbewaringstelling (IBS) aangevraagd. Enerzijds probeerde men een Bopz-titel te vermijden om de hierboven genoemde redenen, anderzijds werd dwangtoepassing in de regel wel aan de Inspectie gemeld, met de vermelding dat men voor de minderjarige geen IBS zal aanvragen. Deze werkwijze werd door de Inspectie gedoogd.

Dwangmaatregelen werden vaak als pedagogische maatregelen beschouwd. Dit gold met name voor het naar de kamer sturen of het geven van een time-out in een speciale (prikkelarme) ruimte. Het kwam echter ook voor dat de deur op slot ging en in dat geval moet in Bopz-termen van een dwangmaatregel worden gesproken. Volgens de bij het onderzoek betrokken medewerkers was het geven van een time-out de meest voorkomende maatregel. Separeren kwam af en toe voor, zowel bij vrijwillig als bij onvrijwillig opgenomen minderjarigen, maar alleen bij hoge uitzondering bij kinderen jonger dan twaalf jaar. In een van de eisenstellende documenten werd gesteld dat separeren bijna altijd van korte duur behoort te zijn, zo'n tien tot vijftien minuten. Fixatie werd zelden toegepast.

Het juridische onderscheid tussen dwangbehandeling (artikel 38 lid 5) en middelen en maatregelen ter overbrugging van noodsituaties (artikel 39) leek beperkt te zijn tot een administratief onderscheid. In de praktijk speelde dit verschil nauwelijks een rol. Ook bij het opleggen van vrijheidsbeperkende maatregelen speelde de pedagogiek een rol. Een minderjarige werd in het kader van zijn opvoeding soms in zijn bewegingsvrijheid beperkt, ook als hij op vrijwillige basis in de instelling verbleef. Pedagogische motieven voor vrijheidsbeperking staan echter op gespannen voet met de gronden die volgens artikel 40 voor zo'n beperking toelaatbaar zijn.

Op basis van deze onderzoeksresultaten deed de Evaluatiecommissie Wet Bopz de volgende aanbeveling:²

Aanbeveling 5: Er dient onderzoek te worden gedaan naar de mogelijkheden om het werken met de Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie te verbeteren. De beroepsgroep dient in dit verband aandacht te besteden aan het ontwikkelen van normen ten aanzien van het onderscheid tussen maatregelen in het kader van ondertoezichtstelling, middelen en maatregelen conform de Wet Bopz en pedagogische maatregelen. In 1999 is aan deze aanbeveling gevolg gegeven en in opdracht van het ministerie van VWS een Richtlijn opgesteld voor toepassing van "De Wet Bopz en van pedagogische

² Evaluatiecommissie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, Wet Bopz Evaluatierapport : Tussen invoering en praktijk, Rijswijk, 1996, publicatieroom nummer 2.

maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie” (hierna: de Richtlijn). De samenloop tussen de Wet Bopz en de regeling van ondertoezichtstelling werd behandeld in de studie van Geeske Ruitenberg “De Wet Bopz en de onder toezicht gestelde minderjarige, waarvan de belangrijkste conclusies in dit rapport zijn samengevat.³

1.2 De onderzoeksvragen

Zowel de Wet Bopz als de Richtlijn worden in opdracht van ZonMw, respectievelijk het Ministerie van VWS door het Trimbos-instituut te Utrecht geëvalueerd. Het onderzoek is dus tweeledig en behelst:

- A. de evaluatie van de toepassing van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz) in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie (KJP) en
- B. de evaluatie van de Richtlijn ‘De Wet Bopz en pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie’.

De onderzoeksvragen zijn:

ad A. De Wet Bopz (hoofdstuk 3):

1. Hoeveel jeugdigen zijn sinds de vorige Bopz- evaluatie met een RM of IBS opgenomen in instellingen voor KJP en welke waren de kenmerken van deze jeugdigen?
2. Welke zijn de overeenkomsten en de verschillen die hebben geleid tot een opname met RM of IBS enerzijds en casussen die overeenkomstig de Wet Bopz tot een opname met een RM of IBS hadden moeten leiden, maar daartoe niet hebben geleid anderzijds?
3. Hoe wordt thans omgegaan met de wettelijke voorschriften omtrent dwangtoepassing, vrijheidsbeperking en het klachtrecht, en welke knelpunten doen zich daarbij in de praktijk voor?
4. Stelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg zich nog steeds afwachtend op ten aanzien van dwangtoepassing en vrijheidsbeperkingen?
5. Zijn de Bopz-plaatsen in de KJP gerealiseerd?
6. Zijn de hulpverleners in de sector intussen meer op de hoogte van de wet dan tijdens de vorige Bopz-evaluatie? Zo niet, wat is de reden daarvan en met welke middelen en via welke kanalen kunnen zij het beste worden voorgelicht ?

Ad B. De Richtlijn “De Wet Bopz en van pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie” (hoofdstuk 4)

7. Is de Richtlijn voldoende bekend bij de instellingen voor KJP? Zo niet, wat is hiervan de reden?
8. Is de Richtlijn in de huidige vorm toepasbaar voor de hulpverleners?
9. Op welke onderdelen dient de Richtlijn te worden gewijzigd?
10. Voor welke problemen of knelpunten biedt de Richtlijn geen of onvoldoende oplossing? Op welke wijze kunnen deze worden opgelost?
11. Welke gevolgen heeft het realiseren van de Bopz-plaatsen voor het werken met de Richtlijn?

³ Ruitenberg 2001.

1.3 De onderzoeksmethode

Ter voorbereiding op het onderzoek zijn een literatuurstudie en jurisprudentieanalyse verricht en zijn oriënterende gesprekken gevoerd met een van de auteurs van de Richtlijn, met twee medewerkers van het toenmalige Landelijk Beraad voor de kinder- en jeugdpsychiatrie (in 2001: Landelijk Beraad circuits KJP) en met alle kinderpatiëntenvertrouwenspersonen in een groepsgesprek. Het onderzoek is als volgt uitgevoerd. Bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg is statistisch materiaal uit Bopzis-2 opgevraagd over jeugdigen die met een IBS of een RM zijn opgenomen (bijlage 2). De gegevens hebben zowel op de interne als op de externe rechtspositie betrekking. Onder alle 24 instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie is in december 2000 met hulp van het Landelijk Beraad voor de kinder- en jeugdpsychiatrie een schriftelijke enquête verspreid. Aan de geneesheer-directeur of de eerste geneeskundige is gevraagd de zeer uitgebreide vragenlijst, met zowel open als gesloten vragen, in te vullen en eisenstellende documenten of protocollen op te sturen. Van de 24 instellingen hebben 14 instellingen de enquête (na schriftelijk en telefonisch rappel) geretourneerd. Dit komt overeen met een percentage van 58 procent. Redenen om niet om aan niet aan de enquête mee te werken waren tijdgebrek en het feit dat de betreffende kliniek geen Bopz-plaatsen heeft. Een non-respondent was van mening dat de vragenlijst niet aansloot bij de situatie van jonge kinderen. De enquêtes waren alle zeer zorgvuldig ingevuld.

Ook is een kleine enquête verstuurd naar alle voor KJP-instellingen werkzame klachtencommissies met de vraag anonieme klachtingspraken mee te zenden; 12 van de 24 klachtencommissies (50 %) hebben (na schriftelijk en telefonisch rappel) de vragenlijst ingevuld teruggezonden. Redenen om de enquête niet in te vullen waren dat men geen ervaring had met klachten van minderjarigen of dat men geen tijd had. Aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en aan de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon is gevraagd om voor het onderzoek statisch materiaal en anonieme klachten ter beschikking te stellen. In het totaal zijn 13 klachtzaken ex artikel 41 bestudeerd.

Voor de interviewfase van het onderzoek zijn zeven instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie geselecteerd op basis van de volgende criteria:

- gelijke regionale verspreiding over het land;
- een verdeling naar stad en platteland;
- verdeling naar typen kliniek: hierbij werd gelet op de opnamecriteria en de aard van de instelling (categoraal ziekenhuis, onderdeel van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, gecombineerde instelling voor jeugdpsychiatrische patiënten en licht verstandelijk gehandicapten).

Voor de selectie is advies gevraagd aan de secretaris van het Landelijk Beraad voor de kinder- en jeugdpsychiatrie.

In de interviewfase zijn in zeven instellingen semi-gestructureerde interviews gehouden met een geneesheer-directeur, 3 eerste geneeskundigen, 5 kinder- en jeugdpsychiaters, 6 (verpleegkundig) hoofden van een Bopz-afdeling, 3 verpleegkundigen of groepleiders, 3 ouders, 3 moeders, 6 kinderpatiëntenvertrouwenspersonen. Tijdens de interviews is gevraagd hoe met de Wet Bopz wordt omgegaan en welke knelpunten zich daarbij voordoen. Er is gevraagd om voorbeelden te geven van twijfelsituaties. In de beschrijvingen van deze situaties zijn gefingeerde namen gebruikt en soms is leeftijd of sekse veranderd om herkenning te voorkomen. In zes instellingen werd ik over de Bopz-afdeling rondgeleid.

Daarnaast zijn gesprekken met 5 medewerkers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gevoerd (drie medewerkers van de hoofdinspectie, een regionaal inspecteur en een Bopz-medewerker van een regionale inspectie), met het bestuur van de beroepsvereniging van groepsleiders De Overdracht en met een vertegenwoordiger (ouder) van Ypsilon. Bij het Parket-generaal is inzage verkregen in de jaarverslagen van de Officieren van Justitie. Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen heeft gegevens verschaft over de stand van zaken ten aanzien van de realisering van de Bopz-plaatsen. In het totaal zijn er 37 interviews gehouden.

Met het oog op de voorgenomen cliënteninterviews is het onderzoeksprotocol voorgelegd aan de Toetsingscommissie Ethiek Wetenschappelijke Onderzoek (TEWO) van het Trimbos-instituut. Deze commissie heeft geoordeeld dat het houden van interviews met cliënten onder de reikwijdte van de Wet medisch onderzoek met mensen (WMO) valt; er is sprake van het opleggen van een gedragswijze, omdat de vragen die in de interviews worden gesteld zeer indringend van aard kunnen zijn en grote gevolgen kunnen hebben voor de psychische gezondheid van de proefpersonen. Dit had tot gevolg dat er aan de wettelijke vereisten van de WMO moet worden voldaan. Het was voor het Trimbos-instituut niet mogelijk een verzekeraar te vinden die voor de te interviewen cliënten een op grond van de WMO verplichte aansprakelijkheidsverzekering wilde afsluiten. Daarnaast was het binnen de gegeven onderzoekstijd niet mogelijk te voldoen aan de eis die bij multi-centre-onderzoek wordt gesteld: het ter toetsing voorleggen van het onderzoeksprotocol aan de zeven medisch-ethische commissies van de instellingen. Dit zou een onaanvaardbare vertraging opleveren. Als gevolg van dit oordeel werden we met fundamenteel bezwaarlijke praktische problemen geconfronteerd. De beleving en visie van de personen voor wie de wet ontworpen is, is immers van belang bij de evaluatie van de (toepassing van de) wet. Daarom zijn we op zoek gegaan naar alternatieven. Er is contact gelegd met alle vijf actief functionerende jongeren raden. Een paar jongerenraden waren in oprichting en functioneerden nog niet als zodanig en twee raden hielden zich niet met dwangtoepassing in ruime zin bezig. In overleg met de ondersteuners van de raden is besloten een schriftelijke enquête te ontwerpen. Deze vragenlijsten zijn door drie jongerenraden beantwoord, waardoor de visie van jongeren in dit rapport summier uit de verf komt. Vervolgens is aan alle Nederlandse rechtswinkels voor kinderen en jongeren schriftelijk gevraagd of hen wel eens vragen over toepassing van de Wet Bopz werden gesteld. Dat bleek niet het geval te zijn. De Cliëntenbond in de GGZ, de Stichting Pandora, het Nederlandse patiënten/consumentenfederatie (NPCF), de Landelijke patiënten en bewonersraden in de GGz (LPR) konden ook geen informatie over de beleving en visie van jongeren ten aanzien van dwang verschaffen.

Een andere beperking van dit onderzoek vloeit voort uit de veelheid van onderwerpen die in de Wet Bopz is geregeld. In de beperkte interviewtijd (meer dan anderhalf uur kan niet van mensen worden gevraagd) kunnen onmogelijk alle in de Wet Bopz geregelde onderwerpen diepgaand worden besproken. Ik heb mij daarom vooral toegespitst op de onderwerpen waarvan ik in de oriënterende gesprekken had gehoord dat zij problematisch zijn en op de onderwerpen die het meest bij de geïnterviewde zelf in de belangstelling stonden.⁴

⁴ Uitgangspunten bij het afnemen van de interviews en het schrijven van dit rapport zijn dat hulpverleners integer zijn en dat zij in hun werk met uiterst gecompliceerde situaties te maken hebben.

1.4 Begripsomschrijvingen

In dit rapport worden de volgende begrippen als volgt gedefinieerd:

- Artikel 1:253t gezag: gezamenlijk gezag van een ouder tezamen met een ander dan de ouder.
- Behandeling: handelingen op het gebied van de geneeskunst in de zin van artikel 7:446 BW. 'Behandeling' heeft in de Wet Bopz een engere betekenis dan in de WGBO: doel is het opheffen van gevaar, terwijl in de WGBO het doel van de behandeling is 'van ziekte te genezen, voor het ontstaan van een ziekte te behoeden, of de gezondheidstoestand te beoordelen'.
- Bopz-titel: een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling.
- Bopz-behandelplan: een behandelplan dat erop gericht is de stoornis zo te verbeteren dat het gevaar op grond waarvan de patiënt, zonder van de bereidheid daartoe te hebben blijk gegeven, in het ziekenhuis moet verblijven, wordt weggenomen.
- Dwang: machtsuitoefening in een situatie waarin een jeugdige iets van de hulpverlener moet; de jongere dit niet wil of zich hiertegen verzet; de jongeren geen reële alternatieve keuzemogelijkheden heeft en de macht van de hulpverleners metterdaad gebruikt wordt.⁵
- Dwangbehandeling: het uitvoeren van een behandelingsplan zonder toestemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger of bij verzet van de cliënt.
- Ernstig gevaar: ernstig gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen dat binnen het ziekenhuis voortduurt, en op basis waarvan - mits ook aan de andere voorwaarden van artikel 38 lid 5, derde volzin, Wet Bopz is voldaan – dwangbehandeling mag worden toegepast.
- Gedragsstoornissen: vormen van afwijkend gedrag, al dan niet als gevolg van een geestesstoornis.
- Geestesstoornis: een stoornis of gebrekkige ontwikkeling van de geest-vermogens.
- Gevaar: het gevaar dat de betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen; het gevaar dat de betrokkene maatschappelijk ten gronde gaat; het gevaar dat de betrokkene zichzelf ernstig zal verwaarlozen; het gevaar dat betrokkene door hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen; het gevaar dat de betrokkene een ander van het leven zal beroven of ernstig lichamenlijk letsel zal toebrengen; het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander, het gevaar dat betrokkene een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.
- Gezinsvoogd: een functionaris van de gezinsvoogdij-instelling die belast is met de ondertoezichtstelling.
- Hoofdinspecteur: de bevoegde hoofdinspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.
- Huisregels: regels die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in het psychiatrisch ziekenhuis.
- Hulpverlener: arts, kinder- en jeugdpsychiater (behandelaar), verpleegkundige, groepsleider, sociotherapeut.
- Informed consent: op afdoende informatie gebaseerde toestemming voor een (be)handeling.
- Inspecteur: de bevoegde inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.
- Jongere: minderjarige van twaalf jaar of ouder.
- Kind: minderjarige, jonger dan twaalf jaar.
- Middelen en maatregelen: middelen en maatregelen ter overbrugging van een

⁵ Van der Lugt 2000, p. 39.

noodsituatie welke door de patiënt in het ziekenhuis als gevolg van zijn geestestoornis wordt veroorzaakt.

- Ondertoezichtstelling: het door de kinderrechter onder toezicht van een gezinsvoogdij-instelling stellen van een minderjarige die zodanig opgroeit dat zijn zedelijke of geestelijk belangen of zijn gezondheid ernstig worden bedreigd.
- Opvoeding: het begeleiden (via geborgenheid en stabiliteit) van de jeugdige bij zijn ontwikkeling van volstrekte afhankelijkheid naar autonomie, en het uitoefenen van verantwoordelijkheid zolang en zover het kind daartoe zelf nog niet in staat is.
- Orthopedagogisch handelen: het deskundige handelen dat zich bezighoudt met gedrags-, leer-, opvoedings- en ontwikkelingsproblemen.
- Ouder: de met ouderlijk gezag belaste ouder.
- Patiëntenvertrouwenspersoon: persoon die in een psychiatrisch ziekenhuis werkzaam is om, onafhankelijk van het bestuur en personen in dienst van het ziekenhuis, aan patiënten in het ziekenhuis op hun verzoek advies en bijstand te verlenen.
- Protocol: eisenstellend document.
- Psychiatrisch ziekenhuis: zorginstelling ex artikel 1 lid 1 sub h Wet Bopz.
- Tijdelijke noodsituatie: situatie waarin de patiënt onverwacht zodanig (psychotisch) functioneert dat dit leidt tot gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen of als de meer dan normale kans bestaat dat een dergelijke situatie zich zal gaan voordoen.
- Verzet: elke verbale of non-verbale uiting van bezwaar door een bekwame of wilsonbekwame persoon.
- Voogd: de persoon, niet-ouder, die gezag over een minderjarige uitoefent.
- Vrijheidsbeperking: beperking in het recht op bewegingsvrijheid, het recht om te telefoneren en/of het recht om bezoek te ontvangen.
- WGBO-behandelplan: de geneeskundige behandelingsovereenkomst op grond van de WGBO.
- Wilsbekwaam: een persoon is wilsbekwaam, als hij er blijk van geeft de op zijn bevattingsvermogen afgestemde informatie te bevatten naar de mate die voor de aard en reikwijdte van de aan de orde zijnde beslissing noodzakelijk is.

1.5 Dankwoord

Deze onderzoeksopdracht hebben wij dankzij de inzet en hulp van veel mensen kunnen afronden. Carolien Konijn en Bea Tiemens hebben op een plezierige en inspirerende wijze meegedacht. Ook willen wij alle mensen met wie gesprekken zijn gevoerd en die de enquête hebben ingevuld (de drie jongerenraden en de zeven instellingen) danken voor hun tijd en voor hun vertrouwen. In de schrijffase hebben diverse mensen kritisch meegedacht en meegelezen: Ada Blok (Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon), Jack Dane (Landelijk Beraad circuits KJP), Paul van Ginneken (Trimbos-instituut), Hanneke van de Klippe (Gezondheidsraad), Hendrik Jan van der Lugt (ministerie van Justitie), Sip Stulp (LPR).

Last but not least willen wij Lenie Severijn en Jan Jordens (Trimbos-instituut) danken voor hun grote inzet bij het opmaken van het rapport.

2

De Wet Bopz in vogelvlucht⁶

2.1 Inleiding

De Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) regelt onvrijwillige opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen van mensen die als gevolg van een geestesstoornis gevaar veroorzaken. Dit zijn opnemingen met een rechterlijke machtiging (RM) of een inbewaringstelling (IBS). Daarnaast wordt in de wet beschreven welke rechten mensen – of ze nu jong zijn of oud - hebben nadat zij onvrijwillig zijn opgenomen en in welke situaties dwangbehandeling, middelen en maatregelen en vrijheidsbeperkingen mogen worden opgelegd.

Zoals eerder is opgemerkt, is dit onderzoek gebaseerd op artikel 71 van de Wet Bopz, waarin wordt bepaald dat regelmatig dient te worden onderzocht hoe de Wet Bopz wordt toegepast. Dit artikel is een belangrijke bepaling; de wet is gecompliceerd en heeft bovendien betrekking op ingrijpende situaties. Bij het gebruik van dwang in de kind- en jeugdpsychiatrie is extra zorgvuldigheid geboden. Minderjarigen zijn kwetsbaar en daarbij komt dat men in dit werkveld veelvuldig te maken heeft met ethische dilemma's. Zorgverleners kunnen behoorlijk klem komen te zitten tussen professionele overwegingen en juridische eisen. Het draait veelal om de vraag welk ethisch beginsel zwaarder weegt: het zelfbeschikkingsbeginsel of het beschermingsbeginsel. Het zelfbeschikkingsbeginsel ligt ten grondslag aan de artikelen 10 en 11 van de Grondwet: het recht op onaantastbaarheid van het menselijk lichaam en het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Het beschermingsbeginsel werkt door in het grondwettelijke recht op goede gezondheidszorg (artikel 22 Grondwet).

Artikel 15 van de Grondwet bepaalt: "Buiten de gevallen bij of krachtens de wet mag niemand zijn vrijheid worden ontnomen." De Wet Bopz is een – wettelijk verplichte -- uitwerking van deze Grondwetsartikelen voor het gebruik van dwang in de psychiatrie. Daarnaast zijn met het oog op vrijheidsbeneming als gevolg van onvrijwillige opneming de volgende artikelen van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) relevant: artikel 3 (verbod van onmenselijke of vernederende behandeling), artikel 5 (het recht op persoonlijke vrijheid), artikel 6 (het recht op een onafhankelijke rechter), artikel 8 (het recht op privacy).

Het Verdrag inzake de rechten van het kind is in 1997 voor Nederland in werking getreden. Een kind heeft recht op bijzondere zorg en bijstand. Een aantal bepalingen

⁶ Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van: Hanneke van de Klippe, Dwangtoepassing na onvrijwillige psychiatrische opname : Een juridische beschouwing, Nijmegen : Ars Aequi Libri, 1997, dissertatie; R.P. de Roode, Jurisprudentie-overzicht Bopz, TvGr 21(1997), nr. 6, p. 359-366 en TvGr 24 (2000), nr. 5, p. 299-304; Handboek opneming en verblijf, P.J.H. Laurs (red.).

van het verdrag zijn, als het gaat over dwang bij jeugdige psychiatrische patiënten van belang. In artikel 3 wordt bepaald: “Bij alle maatregelen betreffende kinderen, omgeacht of deze worden genomen door openbare of particuliere instellingen voor maatschappelijk welzijn of door rechterlijke instanties, bestuurlijke autoriteiten of wetgevende lichamen, vormen de belangen van het kind de eerste overweging. De Staten die partij zijn, verbinden zich ertoe het kind te verzekeren van de bescherming en zorg die nodig zijn voor zijn of haar welzijn, (...) en nemen hiertoe alle passende wettelijke en bestuurlijke maatregelen. De Staten die partij zijn waarborgen dat de instellingen, diensten en voorzieningen die verantwoordelijk zijn voor de zorg en bescherming van kinderen voldoen aan de door de bevoegde autoriteiten vastgestelde normen, met name ten aanzien van de veiligheid, de gezondheid, het aantal personeelsleden en hun geschiktheid, alsmede bevoegd toezicht.”

In dit hoofdstuk wordt de inhoud van de Wet Bopz geschetst, gezien vanuit de optiek van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Aan de orde komen (2.2) onvrijwillige opname, verlof en ontslag (de externe rechtspositie), (2.3) de rechten van cliënten die onvrijwillig zijn opgenomen en het gebruik van dwang (de interne rechtspositie), (2.4) klachtrecht en (2.5) de relatie met andere wetgeving

2.2 De externe rechtspositie

2.2.1 Onvrijwillige opnemings

Leeftijdsgrenzen (artikel 2 lid 3)

Voor opname in een instelling is in beginsel toestemming van de betrokkene vereist; dit is een op het zelfbeschikkingsrecht gefundeerd uitgangspunt. Onvrijwillige opname is een uitzonderingssituatie die op grond van artikel 15 van de Grondwet op een formele wet moet zijn gebaseerd. Voor het geven van toestemming voor opnemings in een psychiatrisch ziekenhuis maakt de Wet Bopz voor jeugdigen onderscheid tussen twee leeftijdscategorieën.

Voor kinderen die jonger zijn dan 12 jaar geeft de wettelijk vertegenwoordiger toestemming voor opnemings in een psychiatrische kliniek. Voor het geven van ouderlijke toestemming is vereist dat de ouders met ouderlijk gezag zijn belast. Als de ouders (of voogd) met de opname instemmen is er sprake van een vrijwillige opnemings; de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is dan van toepassing op de rechtspositie van de minderjarige (zie paragraaf 2.5). De procedure voor onvrijwillige opnemings van de Wet Bopz is van toepassing, indien de met gezamenlijk gezag belaste ouders onderling van mening verschillen of de ouders niet met de opnemings van het kind instemmen.

Voor jongeren van 12 jaar of ouder is de regeling anders. Als zowel de jongere als de met gezag belaste ouders met de opname instemmen, is er sprake van een vrijwillige opnemings; de rechten van de minderjarige worden dan door de WGBO geregeld. In de volgende situaties is opnameregeling van de Wet Bopz van toepassing en een rechterlijke beoordeling vereist:

- de ouders wensen opnemings, maar de jongere geeft hiervoor geen blijk van de nodige bereidheid;
- de jongere geeft blijk van bereidheid tot opnemings, maar de ouders geven hiervoor

- geen toestemming of zijn het hierover oneens;
- zowel de jongere als de ouders geven geen toestemming voor opneming.

Als de opnameregeling van de Wet Bopz op een jeugdige van toepassing is, is het de kinderrechter die de rechterlijke toetsing uitvoert (artikel 1 lid 4). Hij mag alleen een rechterlijke machtiging (RM) afgeven als aan de volgende voorwaarden is voldaan (artikel 2 lid 2 en 3):

- De betrokkene heeft een geestesstoornis of een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens;
- De geestesstoornis veroorzaakt gevaar; dit moet blijken uit de verklaring van een onafhankelijk psychiater;
- Dit gevaar kan niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis worden afgewend;⁷
- Afhankelijk van de leeftijd van de jeugdige is de vereiste toestemming niet verleend. Aanvankelijk wordt een voorlopige RM verleend; deze is maximaal een half jaar geldig (artikel 2 juncto 10 lid 4). Een RM tot voortgezet verblijf is maximaal een jaar geldig (artikel 15 juncto 17 lid 3).

Ook voor een minderjarige is een rechterlijke machtiging op eigen verzoek mogelijk (artikel 32 lid 4). Dit houdt in dat de betrokkene onvrijwillig opgenomen kan worden als de bereidheid tot opneming en verblijf – die eerder wel aanwezig was – tijdens de duur van de machtiging komt te ontbreken. De betrokkene moet zelf om een machtiging met die strekking verzoeken.

Voor een RM op eigen verzoek dient een verklaring van een aan de instelling verbonden psychiater en een in overleg met de betrokkene opgesteld behandelingsplan worden overlegd. De rechter kan een dergelijke machtiging verlenen als de betrokkene gevaar veroorzaakt dat niet op een andere manier kan worden afgewend. Voor het verzoek is nodig dat de minderjarige wilsbekwaam is (zie paragraaf 2.5.1). Het verzoek kan ook door de ouders of voogd worden gedaan, maar alleen als de minderjarige daarmee instemt.

Een machtiging van een kinderrechter tot een behandel- of onderzoeksplaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van een ondertoezichtstelling is niet voldoende voor een onvrijwillige opneming: dan behoort ook een Bopz-machtiging te worden afgegeven.⁸ Rechterlijke machtigingen die wel een geldige titel zijn voor een onvrijwillige opneming een psychiatrische ziekenhuis zijn: een strafrechterlijke RM (artikel 37 lid 1 Wetboek van Strafrecht, Sr)⁹ en een rechterlijke uitspraak waarin een maatregel tot plaatsing in een inrichting voor jeugdigen wordt opgelegd (PIJ-maatregel, artikel 77h Wetboek van strafrecht, Sr).

In spoedeisende gevallen geeft de burgemeester zijn fiat voor onvrijwillige opneming: een inbewaringstelling (IBS). Een IBS is alleen mogelijk bij jongeren van 12 jaar of ouder (artikel 20 lid 1). Hiertoe moet aan de volgende voorwaarden zijn voldaan (artikel 20 lid 2):

⁷ Zie bijvoorbeeld Rb Alkmaar 22 januari 1998, kBJ 1998, n. 42.

⁸ In artikel 53 lid 2 Wet Bopz wordt plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van een OTS niet expliciet genoemd. Zie ook artikel 1:261 lid 3 BW; HR 30 juni 1995, NJ 1996, 233. Anders: Rb Den Haag 22 juli 1998, kBJ 1998, nr. 48.

⁹ Zie bijvoorbeeld Rb Amsterdam 13 april 1999, kBJ 1999, nr. 43; strafrechterlijke RM na vernieling van een kunstwerk.

- De betrokkene veroorzaakt gevaar;
 - Er bestaat een ernstig vermoeden dat het gevaar veroorzaakt wordt door een geestesstoornis; dit moet blijken uit de verklaring van een onafhankelijk psychiater of arts;
 - Dit gevaar kan niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis worden afgewend;
 - Het gevaar is zo onmiddellijk dreigend dat een RM niet kan worden afgewacht.
- Een IBS is drie weken geldig, gerekend vanaf de dag dat de rechter een machtiging tot voortzetting van de IBS heeft verleend (artikel 30).

De paraplumachtiging is een bijzondere machtiging tot voortgezet verblijf (artikel 15).¹⁰ Een dergelijke machtiging kan dienen om te voorkomen dat mensen, die psychiatrische behandeling en zorg nodig hebben, opgenomen worden. Het gaat om een machtiging tot voortgezet verblijf die bedoeld is voor de situatie waarin een patiënt - die buiten het psychiatrisch ziekenhuis verblijft - medewerking aan een behandeling, die noodzakelijk is om gevaar voor hemzelf of voor anderen af te wenden, weigert. Het gaat dus om een rechterlijke machtiging met een voorwaardelijk karakter. Dit kan gewenst zijn voor mensen die de neiging hebben zich aan zorg te onttrekken, waardoor zij zich niet buiten een instelling kunnen handhaven. Formeel is er geen sprake van ambulante dwangbehandeling, maar het komt wel dicht in de buurt. Er wordt momenteel gewerkt aan een wetsvoorstel, waarin juridische eisen aan de paraplumachtiging worden gesteld.¹¹

Gevaar

Centraal in de rechterlijke toetsing, zowel bij RM als bij IBS, staat het gevaarscriterium. Het is niet zo dat iemand louter om bestwil onvrijwillig kan worden opgenomen. Er moet sprake zijn van een geestesstoornis die gevaar doet veroorzaken. Dit betekent dat er een causaal verband moet zijn tussen de geestesstoornis en het gevaar. Dit gevaar kan bestaan uit gevaar voor de betrokkene zelf, gevaar voor anderen of gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen.¹² Het gevaar voor de betrokkene zelf kan volgens de wet (artikel 1 lid 1 sub f)¹³ bestaan uit:

- het gevaar dat de betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig letsel zal toebrengen;
- het gevaar dat de betrokkene maatschappelijk ten gronde gaat;
- het gevaar dat de betrokkene zichzelf ernstig zal verwaarlozen;
- het gevaar dat betrokkene door hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.¹⁴

Het gevaar voor een ander wordt aldus omschreven:

- het gevaar dat de betrokkene een ander van het leven zal beroven of ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen;
- het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander;¹⁵

¹⁰ HR 11 december 1998, RvdW, 235C, kBJ 1999, nr. 2 met kritische noot van W. Dijkers; Rb Assen 3 november 1999, kBJ 2000, nr. 6 met kritische noot van J.K.M. Gevers. Uitleg van HR 11 december 1998 in HR 6 oktober 2000, kBJ 2000, nr. 56 met noot W. Dijkers, JOL 2000, 465, RvdW 2000, 197 C.

¹¹ Kamerstukken II, 1999-2000, 27 289. Zie voor kritisch commentaar: Ada Blok, Nieuwe psychiatrische dwanginterventie: wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging, Rechtshulp, 2001, 1, p. 2-6.

¹² De regering heeft deze nadere uitsplitsing van het gevaarscriterium ontleend aan: P. Van Ginneken, Een zodanig gevaar: Het gevaarscriterium bij gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis, Utrecht, Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, 1993.

¹³ Wet van 22 juni 2000 houdende een aantal wijzigingen van de Wet Bopz op technische punten onder meer naar aanleiding van de evaluatie, Stbl. 2000, 292.

¹⁴ Overlast zonder meer is geen grond voor een onvrijwillige opname. Als het gevaar zich als overlast manifesteert, dan moet die overlast bestaan uit daadwerkelijk agressie van de patiënt of moet de overlast het risico meebrengen dat zodanige agressie bij anderen opgewekt wordt dat de persoon een gevaar voor zichzelf wordt of een gevaar voor de geestelijke gezondheid van anderen. (Kamerstukken II 1997-1998, 25 763, nr. 1, p. 16.)

¹⁵ Rb Amsterdam 18 maart 1999, kBJ 1999, nr. 29. Het ging in deze zaak om overlast. De noot van de redactie is kritisch, omdat de Rb niet was ingegaan op de vraag of er ook alternatieven waren.

- het gevaar dat betrokkene een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.

2.2.2 Verlof en ontslag

Het is mogelijk dat de betrokkene, als het gevaar is geweken, met verlof gaat (artikel 45). Weekeindverlof is onbeperkt mogelijk, maar verlof dat langer duurt dan 60 uur is twee keer per jaar mogelijk en wel telkens voor ten hoogste twee weken. Aan het verlof kunnen voorwaarden worden gesteld, zoals bijvoorbeeld zich onder toezicht stellen van een persoon of het gebruik van bepaalde medicatie. De geneesheer-directeur die het verlof verleent, kan zijn toestemming weer intrekken als er sprake is van een gevaarlijke situatie of als de verlofganger zich niet aan de gestelde voorwaarden houdt (artikel 46).

Indien de patiënt niet meer geestesziek is of indien niet meer aan het gevaarscriterium is voldaan, verleent de geneesheer-directeur ontslag (artikel 48). Hij dient de patiënt ook te ontslaan als de geldigheidsduur voor de rechterlijke machtiging is verstreken en er geen nieuwe is aangevraagd of als op een nieuwe aanvraag afwijzend is beschikt. Voorwaardelijk ontslag (artikel 47) of ontslag op eigen verzoek is ook mogelijk (artikel 49). De betrokkene kan als dat wenselijk is verder op vrijwillige basis opgenomen blijven.

2.3 De interne rechtspositie

2.3.1 Inleiding

Op alle patiënten die onvrijwillig in een Bopz-instelling zijn opgenomen, is de interne rechtspositieregeling van hoofdstuk 3 van de Wet Bopz van toepassing. Hieronder vallen ook jeugdigen met een strafrechtelijke RM (artikel 37 lid 1 Wetboek van Strafrecht) en personen aan wie de maatregel tot plaatsing in een inrichting voor jeugdigen is opgelegd (PIJ-maatregel, artikel 77h Wetboek van strafrecht, Sr). Deze rechtspositieregeling geldt niet voor patiënten die vrijwillig zijn opgenomen; zij ontlenen rechtsbescherming aan de WGBO. Een ondertoezichtgestelde minderjarige die zonder RM of IBS in een psychiatrische kliniek is opgenomen, ontleent zijn rechtsbescherming evenmin aan de Wet Bopz, maar aan de WGBO.¹⁶

Hoofdstuk 3 begint met een bepaling over informatieplicht (artikel 36). Aan de patiënt en aan de wettelijk vertegenwoordiger (ouders of voogd) van de minderjarige wordt zo spoedig mogelijk na de opnemings schriftelijk medegedeeld wie verantwoordelijk is voor de behandeling. Ook moeten zij schriftelijke informatie ontvangen over de huisregels¹⁷ over patiëntenrechten en over het feit dat behandelgegevens in een dossier worden vastgelegd (artikel 37). Daarnaast moet worden bekend gemaakt bij wie een klacht ex artikel 41 kan worden ingediend. Er mogen aan de patiënt alleen die voorwerpen worden ontnomen die een gevaar kunnen opleveren voor zijn veiligheid of voor de goede gang van zaken in het ziekenhuis. Een patiënt kan daartoe aan zijn kleding of

¹⁶ Zie ook noot JdB onder NJ 1996, 233.

¹⁷ Voor huisregels geldt het informed consent principe niet. Huisregels gelden voor iedereen die op een bepaalde afdeling verblijft. Dit is een wezenlijk verschil met begeleidingsafspraken. Die worden individueel gemaakt. De patiënt heeft zich meestal niet van tevoren over de huisregels kunnen uitspreken. Aan huisregels kunnen juridische eisen worden gesteld: huisregels mogen geen betrekking hebben op de inhoud van de begeleiding; ze mogen de rechten van een cliënt niet verder beperken dan nodig voor het waarborgen van een ordelijke gang van zaken in de woonvorm; het recht op privacy moet zoveel mogelijk gerespecteerd worden; huisregels dienen kenbaar te zijn en dienen op schrift uitgereikt te worden; ze mogen geen inbreuk maken op wettelijke patiënten- en cliëntenrechten; en aan het niet naleven van huisregels behoren geen juridische sancties te kleven.

aan (dus niet: in) het lichaam worden onderzocht (artikel 36 lid 3).

2.3.2 Behandeling

In de Wet Bopz is artikel 38 een speerpuntartikel; deze bepaling gaat over de behandeling van een onvrijwillig opgenomen patiënt. Iemand gedwongen opnemen zonder iets aan zijn situatie te veranderen valt alleen dan te rechtvaardigen als de patiënt de voorgestelde behandeling weigert. Een patiënt die gedwongen is opgenomen, heeft recht op behandeling, maar is niet verplicht de voorgestelde behandeling te ondergaan. Vandaar dat de geneesheer-directeur erop moet toezien dat na een onvrijwillige opname zo spoedig mogelijk een behandelingsplan wordt opgesteld. De behandelaar dient voor het opstellen van het behandelplan overleg te voeren met eerdere behandelaars en met de huisarts van de patiënt, mits hiervoor toestemming is gegeven. Het Bopz-behandelplan heeft een specifiek doel: het moet erop gericht zijn om de geestesstoornis, die het gevaar veroorzaakte dat de aanleiding was voor de onvrijwillige opname, weg te nemen. Voor alle behandelingen met een ander doel – meestal somatisch - is de WGBO van toepassing (zie paragraaf 2.5.1).

Steeds moet de behandelaar/opvoeder zich afvragen of de handeling die hij uitvoert past bij de doelstelling die hij beoogt, en of de handeling voldoet aan de principes van:

- subsidiariteit (dat wil zeggen: kies de minst ingrijpende handeling);
- proportionaliteit (er is evenredigheid tussen de ernst van de situatie en de ingrijpendheid van de handeling);
- doelmatigheid (het is de meest geschikte handeling om het doel te bereiken).¹⁸

Een fundamenteel gezondheidsrechtelijk beginsel is het informed consent principe, zoals neergelegd in de WGBO. Dit principe is ook van belang als het gaat om onvrijwillig opgenomen patiënten. Het houdt in dat een patiënt recht heeft op informatie en op basis van die informatie toestemming voor behandeling kan verlenen of weigeren. Het gaat hierbij om de actuele wil; een eerder gegeven toestemming kan op elk gewenst moment weer worden ingetrokken. Volgens de heersende leer in het gezondheidsrecht dient verzet tegen een (be)handeling te worden beschouwd als elke verbale of non-verbale uiting van bezwaar door een bekwame of wilsonbekwame persoon. Er is hiervoor geen vormvereiste. Als de patiënt zich verzet, is er geen informed consent. Er zijn voor het geven van toestemming voor het Bopz-behandelplan twee leeftijdscategorieën te onderscheiden.

- Jeugdigen die jonger zijn dan 12 jaar worden door een wettelijk vertegenwoordiger vertegenwoordigd. Dit kunnen zijn de ouder met eenhoofdig gezag, de met gezamenlijk gezag belaste ouders, de met gezamenlijk gezag belaste ouder en partner (niet-ouder, artikel 1:253t juncto 245 lid 5 BW) of de voogd. Het jonge kind moet ingevolge de WGBO vanzelfsprekend wel geïnformeerd worden.
- Bij jeugdigen van twaalf jaar of ouder wordt voor het Bopz-behandelplan met de jeugdige zelf overleg gevoerd en is in beginsel geen plaatsvervangende toestemming vereist.¹⁹ Dit is anders als de minderjarige niet in staat is de informatie te bevatten die nodig is om een beslissing te kunnen nemen, of als om wat voor reden dan ook het besluitvormingproces is verstoord.

De werkgroep 'Wilsonbekwaamheid' die is ingesteld in opdracht van het Ministerie van Justitie stelt dat een patiënt als wilsbekwaam kan worden beschouwd "als hij er blijk van

¹⁸ Richtlijn p. 36.

¹⁹ In de WGBO worden andere leeftijdsgrenzen gehanteerd.

geeft de op zijn bevattingvermogen afgestemde informatie te bevatten naar de mate die voor de aard en reikwijdte van de aan de orde zijnde beslissing noodzakelijk is.¹²⁰ Het is niet zo dat alle jongeren zonder ziekte-inzicht wilsonbekwaam kunnen worden verklaard. Bij de toetsing dient gelet te worden op het besluitvormingvermogen en niet op de uitkomst van de beslissing. Voor elke kwestie dient apart bezien te worden of de jeugdige al dan niet zelf kan beslissen. Het maakt immers verschil of de voorgestelde behandeling ingrijpend is, of de jeugdige van plan is te weigeren of toestemming te verlenen en of het nalaten van de behandeling nadelige gevolgen zal hebben. Uit het bekwaamheidsbeginsel volgt dat een patiënt voor wilsbekwaam wordt gehouden zolang niet is gebleken dat hij wilsonbekwaam is. Het is de hulpverlener die iemand wilsonbekwaam verklaart. Als dit is gebeurd, geeft de ouder of voogd – na adequaat te zijn geïnformeerd – plaatsvervangende toestemming. De hulpverlener en de vertegenwoordiger dienen te handelen als een goed hulpverlener en als een goed vertegenwoordiger. Dit houdt onder meer in dat zij de wensen van de jeugdige zoveel mogelijk moeten respecteren en in zijn belang dienen te handelen.

In het patiëntendossier wordt aantekening gehouden van het Bopz-behandelingsplan en van de medewerking van de betrokkene aan de uitvoering van dit plan. Het behandelplan ex artikel 38 wordt maandelijks geëvalueerd. Dit wordt ook aangetekend in het dossier. Indien over een behandelingsplan geen overeenstemming is bereikt, wordt in het patiëntendossier aangetekend wat de reden hiervan is en welke voorstellen zijn gedaan (artikel 56 lid 1).

De patiënt kan tegen de beslissing van de behandelaar hem wilsonbekwaam te verklaren of tegen het niet uitvoeren van een overeengekomen behandelingsplan op grond van artikel 41 een klacht indienen (zie paragraaf 2.4).

2.3.3 Dwangbehandeling

Zonder toestemming van de patiënt of van zijn vertegenwoordiger kan een behandeling geen doorgang vinden. Ook mag een behandeling niet doorgaan als de patiënt of zijn vertegenwoordiger zich tegen de overeengekomen behandeling verzet. Verzet kan verbaal worden geuit, maar ook blijken uit het gedrag van de jeugdige patiënt. Bij twijfel dient verzet te worden aangenomen. Verzet kan worden beschouwd als het intrekken van toestemming. Verzet door een wilsonbekwame jeugdige dient in beginsel te worden gerespecteerd.

Er is sprake van dwangbehandeling als een behandeling zonder informed consent of bij verzet toch wordt uitgevoerd. Naar mijn mening kan de kinderrechter op basis van artikel 1:264 BW geen toestemming voor psychiatrische dwangbehandeling bij onder toezicht gestelde kinderen jonger dan 12 jaar geven, indien niet aan de voorwaarden van de Wet Bopz is voldaan (zie verder paragraaf 2.5.2 OTS). Dwangbehandeling moet ingevolge artikel 11 van de Grondwet op een formele wet zijn gebaseerd. Onder strikte voorwaarden staat de Wet Bopz dwangbehandeling toe. Dwangbehandeling is in beginsel uitsluitend mogelijk bij onvrijwillig opgenomen patiënten. Een rechterlijke machtiging alleen is geen legitimatie voor dwangbehandeling. Dwangbehandeling grijpt immers dieper in op de lichamelijke integriteit dan dwangopneming. Er moet sprake zijn van een ernstige gevaarssituatie. Dit betekent dat het behandelingsplan alleen gedwongen mag worden uitgevoerd “voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wen-

²⁰ Werkgroep wilsonbekwaamheid, Handreiking voor de beoordeling van wilsonbekwaamheid, Den Haag, 1994.

den”. De interpretatie van het begrip gevaar is nu anders dan bij de IBS of RM procedure. Bij het legitimeren van dwangbehandeling wordt een aangescherpt gevaarscriterium gehanteerd. Het moet gaan om ernstig gevaar voor de patiënt of voor andere personen. Voorbeelden van ernstig gevaar uit de rechtspraak zijn:

- Een voortdurende achteruitgang van de patiënt, noodzakelijkerwijze (zonder ingrijpen) leidend tot de dood of ernstige invaliditeit van de betrokkene;²¹
- Te verwachten ernstige sociale invaliditeit;²² Dreigende sociale invaliditeit wordt in een andere uitspraak juist niet gezien als een situatie waarin sprake is van ernstig gevaar.²³
- Ernstig gevaar voor de gezondheid van anderen als gevolg van dreigend en/of agressief gedrag van de patiënt of de meer dan normale kans op agressie;²⁴
- De terugkerende noodzaak tot het toepassen van middelen en maatregelen.²⁵

Dwangbehandeling om goederen te beschermen is niet toegestaan.

Er dient te worden nagegaan of het mogelijk is het gevaar op een ander manier af te wenden of op een voor de patiënt (overeenkomstig zijn wens²⁶) minder ingrijpende manier. Dit vloeit voort uit de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit die zijn neergelegd in de bewoordingen “voor zover volstrekt noodzakelijk”. De WGBO-norm van de zorg van een goed hulpverlener brengt met zich mee dat de behandeling doelmatig moet zijn. De professionele standaard is hierbij richtinggevend. Behandelmethoden die niet menselijk zijn of vernederend uitwerken zijn niet toegestaan (artikel 3 EVRM).

Dwangbehandeling is niet aan een maximumtermijn onderworpen. Uiteraard is het zo dat de dwangbehandeling gestopt dient te worden als het gevaar is geweken. In het patiëntendossier wordt aangetekend waarom dwangbehandeling is toegepast en welke dwangbehandeling is toegepast. De vertegenwoordiger van de patiënt wordt op de hoogte gebracht. De geneesheer-directeur dient een dwangbehandeling aan de Inspecteur te melden. Hij moet daarbij vermelden wie voor de dwangbehandeling verantwoordelijk is, waarom de beslissing is genomen en of de patiënt in staat is van het klachtrecht gebruik te maken. De Inspecteur stelt na beëindiging van elke behandeling een onderzoek in om na te gaan of de beslissing om tot dwangbehandeling over te gaan zorgvuldig was genomen en of de uitvoering zorgvuldig is geschied. Een patiënt kan over een dwangbehandeling een klacht indienen op grond van artikel 41. De geneesheer-directeur moet bij melding van de dwangbehandeling aan de inspecteur aangeven of een zich verzettende patiënt in staat is een klacht in te dienen.

2.3.4 Middelen en maatregelen

Evenals dwangbehandeling vormt het toepassen van middelen en maatregelen (M & M) een uitzondering op het informed consent principe. Dwangbehandeling vindt plaats bij het ontbreken van toestemming voor het uitvoeren van het behandelingsplan of in geval van verzet. De therapeutische middelen zijn voorzien in het behandelingsplan. Middelen en maatregelen zijn handelingen die niet in het behandelingsplan voorkomen en die worden toegepast ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie, die door de patiënt als gevolg van zijn geestesstoornis wordt veroorzaakt. Van een noodsituatie is bijvoor-

²¹ Rb Den Bosch 21 maart 1994, BJ 7; Rb Roermond 26 mei 1994, BJ 27; Rb Roermond 30 december 1998, kBJ 1999, 33.

²² Rb Assen 19 juli 1995, BJ 124. Anders: Rb Den Bosch 25 juni 1999, kBJ 1999, 62.

²³ Rb Zutphen 4 februari 1998, BJ 1998, 38.

²⁴ Rb Amsterdam 30 maart 1995, BJ 145; Rb Den Bosch 8 juni 1995, BJ 106; Rb Maastricht 16 juni 1995, BJ 129.

²⁵ Rb Maastricht 22 april 1994, BJ 5

²⁶ Zie bijvoorbeeld Rb Groningen 27 augustus 1996, kBJ 223;

beeld sprake als de patiënt onverwacht psychotisch wordt, waardoor een gevaarlijke situatie voor hemzelf of voor anderen ontstaat. Het dient om een acute noodsituatie te gaan; in een dreigende noodsituatie is immers tijd om het behandelingsplan aan te passen.

Het toepassen van middelen en maatregelen wordt evenals dwangbehandeling beheerst door de algemene gezondheidsrechtelijke beginselen van doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit.

M & M mogen niet langer dan zeven dagen worden toegepast; niet werkdagen zijn daaronder begrepen. In die tijd kan het behandelingsplan worden aangepast.

In de Richtlijn 'De Wet Bopz en pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie' (hierna: de Richtlijn) wordt gesteld dat bij toepassing van middelen en maatregelen ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties bij vrijwillig opgenomen jeugdigen van 12 jaar en ouder direct een IBS procedure moet worden gestart. Bij jeugdigen jonger dan 12 jaar is een Bopz-titel alleen nodig indien de ouders bezwaar hebben tegen toepassing van middelen en maatregelen²⁷

Indien middelen en maatregelen zijn toegepast, wordt in het dossier aangetekend wat de redenen hiervan waren. Voorts heeft de geneesheer-directeur de taak uitgevoerde middelen en maatregelen aan de Inspecteur te melden en de wettelijk vertegenwoordiger of de naaste (familie)betrekkings van de patiënt in kennis te stellen. Ingevolge de Richtlijn moet toepassing van middelen en maatregelen bij jeugdigen jonger dan twaalf jaar, die zich verzetten, altijd aan de inspectie worden gemeld, ook al hadden de ouders toestemming voor toepassing gegeven.

Er zijn vijf middelen en maatregelen toegestaan; deze zijn limitatief opgesomd in het Besluit middelen en maatregelen Bopz:²⁸

- Afzondering: het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten (met de deur op slot) van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde eenpersoons kamer. Deze kamer is prikkelarm ingericht. Volgens de Nota van toelichting brengt goede zorg met zich mee dat op de een of andere manier voorzien is in doorlopend toezicht. In de Richtlijn wordt geadviseerd dat afzondering bij voorkeur altijd begeleid dient plaats te vinden.²⁹
- Separatie: het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde en door de Minister van VWS als separeerverblijf goedgekeurde, afzonderlijke ruimte. De Minister van VWS heeft in antwoord op kamervragen gesteld dat zonder begeleiding separeren van jeugdigen jonger dan 12 jaar ongewenst is, omdat het volgens de psychiatrische vakliteratuur ernstige scheidingsangst tot gevolg kan hebben.³⁰ Zij vindt dat de zorgvuldigheidseisen met zich meebrengen dat separeren van jeugdigen in het algemeen onder begeleiding geschiedt. In de Richtlijn wordt geadviseerd jeugdigen jonger dan 12 jaar niet te separeren.³¹
- Fixatie: het op enigerlei wijze beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden. Dit omvat niet alleen vastbinden, maar iedere vorm van vasthouden waardoor betrokkene in zijn bewegingen wordt belemmerd. Veel technieken voor fysieke inper-

²⁷ Marianne van Ooyen (et al), De Wet Bopz en pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie : Richtlijn, Utrecht, Den Haag, 1999, p. 37.

²⁸ Besluit Middelen en Maatregelen Bopz, Stb. 1993, 563.

²⁹ Richtlijn, p. 42 en 52.

³⁰ Aangangsel Handelingen TK 1998-1999, 1439. De Minister verwijst naar Hoofdstuk 8 door F. de Boer uit: F. Verheij, Klinische Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 1993. In dit hoofdstuk wordt ook gesteld dat het separeren van jeugdigen tot gevolg kan hebben dat zij zichzelf in hun woede ernstig kunnen verwonden. Ook kunnen de andere kinderen erg van dergelijke gebeurtenissen schrikken.

³¹ Richtlijn p. 42 en 52.

king zijn een vorm van fixatie.³²

- Medicatie: het toedienen van geneesmiddelen ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie, ook als de patiënt zich hiertegen niet verzet. Het moet in verband met de maximaal toegestane termijn van zeven dagen gaan om medicatie met een korte werkingsduur.
- Toediening aan een patiënt van vocht en voeding. Dit is zal een uitzondering zijn, aangezien uitdroging of ernstige ondervoeding meestal niet acuut optreedt; in het algemeen zal er voldoende tijd zijn om het behandelingsplan aan te passen.

2.3.5 Vrijheidsbeperkingen

In principe hebben gedwongen opgenomen jeugdige patiënten binnen de instelling dezelfde vrijheden als zij die vrijwillig zijn opgenomen. Het zonder meer beperken van vrijheden, omdat iemand gedwongen is opgenomen is niet rechtmatig. In artikel 16 van het Verdrag inzake de rechten van het kind wordt bepaald: "Geen enkel kind mag worden onderworpen aan willekeurige of onrechtmatige inmenging in zijn of haar privéleven, in zijn of haar gezinsleven, zijn of haar woning of zijn of haar correspondentie, noch aan enige onrechtmatige aantasting van zijn of haar eer en goede naam." Ingevolge artikel 9 lid 3 van dit verdrag heeft een kind dat van zijn of haar ouders is gescheiden het recht om op regelmatige basis persoonlijke betrekkingen en rechtstreeks contact met beide ouders te onderhouden, tenzij dit in strijd is met het belang van het kind. Deze bepalingen zijn van belang voor het bezoek-, correspondentie- en telefoonrecht. Beperkingen van vrijheden dienen individueel bepaald te worden en mogen alleen in verband met een in de wet omschreven grond worden opgelegd (artikel 40). Een patiënt mag onbeperkt post ontvangen; wel kunnen de poststukken in aanwezigheid van de ontvanger gecontroleerd worden op meegezonden voorwerpen. Een jeugdige mag onbeperkt bezoek ontvangen van zijn raadsman, van een justitiële autoriteit of de (hoofd)inspecteur). Ook moet een jeugdige vrij met een patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) kunnen communiceren. Beperkingen in het bezoekrecht en telefoonverkeer kunnen op de huisregels zijn gebaseerd en zijn alleen toegestaan op de volgende gronden:

- a. indien van het bezoek ernstige nadelige gevolgen moeten worden gevreesd voor de gezondheidstoestand van de patiënt, voor zover dit telkenmale blijkt uit een verklaring van de behandelaar, dan wel
 - b. indien dit ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis, zoals die in de huisregels is beschreven, of ter voorkoming van strafbare feiten noodzakelijk is.
- Beperkingen in de bewegingsvrijheid kunnen eveneens op grond van de hierboven genoemde redenen in de huisregels worden opgenomen. Sommige vrijheidsbeperkingen, zoals insluiten in de eigen kamer, zijn nauw verwant aan middelen en maatregelen. Vrijheidsbeperkingen dienen aan de geneesheer-directeur te worden gemeld en de gronden ervan worden in het dossier vermeld. Een jeugdige kan over vrijheidsbeperkingen op grond van artikel 41 een klacht indienen.

2.4 Klachtrecht

Er zijn diverse manieren om een klacht te uiten:

- overleggen met de hulpverlener;
- een vraag of een klacht neerleggen bij de kinderpatiëntenvertrouwenspersoon;

³² Klachtencommissie De Meren 18 september 2000, kBj 2001, 17.

- een klacht indienen bij de klachtencommissie op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ);
- een klacht indienen bij de klachtencommissie ex artikel 41 Wet Bopz;
- een klachten melden aan de Inspectie voor de gezondheidszorg;
- een strafrechtelijke of civiele procedure aanspannen;
- een procedure bij de tuchtrechter (p.18).

In de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen (WKCZ) wordt bepaald dat elke zorgaanbieder een klachtencommissie dient in te stellen. Deze wet geeft vrijwillig en onvrijwillig opgenomen patiënten de mogelijkheid een klacht in te dienen over handelen en nalaten van een hulpverlener en over besluitvorming die voor een patiënt gevolgen heeft. Er is in deze klachtwet niet voorzien in een rechtstreekse toegang tot de rechter.

Mensen die onvrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen kunnen daarnaast op grond van artikel 41 van de Wet Bopz gebruik maken van een specifieke klachtregeling. Deze klachtweg is echter alleen toegankelijk bij klachten die betrekking hebben op het besluit iemand wilsonbekwaam te verklaren, dwangbehandeling, middelen en maatregelen ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie, beperking van vrijheden of het niet toepassen van een overeengekomen behandelingsplan. Het aantal onderwerpen waarover kan worden geklaagd is dus beperkt, maar voor het overige is de Bopz-klachtregeling royaler opgezet dan de regeling van de WKCZ. Zo mogen naast de patiënt ook anderen een klacht indienen: elke andere in het ziekenhuis verblijvende patiënt, ouders die niet van het gezag ontheven of ontzet zijn, meerderjarige bloedverwanten in de rechte lijn en in de zijlijn tot de tweede graad en de voogd. In het Besluit klachtenbehandeling Bopz³³ zijn globale waarborgen voor een deskundige en zorgvuldige besluitvorming opgenomen. De klachtencommissie moet uit tenminste drie leden bestaan, waaronder in elk geval een jurist en een psychiater. Het bestuur van de instelling heeft de bevoegdheid de beslissing waartegen de klacht gericht is te schorsen. Het bestuur moet binnen twee weken na ontvangst van de klacht een beslissing nemen. Als er geen beslissing genomen wordt, of als de klacht ongegrond is, kan de klager de Inspecteur schriftelijk vragen een rechterlijke beslissing uit te lokken. Als de klager niet de betrokkene zelf is, mag de betrokkene hiertegen geen bezwaar hebben, tenzij de Inspecteur een rechterlijke beslissing om gewichtige redenen toch nodig acht. Ook kan de klager zelf aan de rechter een beslissing vragen. De Inspecteur die geconstateerd heeft dat een patiënt, die niet in staat is gebruik te maken van de klachtregeling ex artikel 41, en die zich tegen toepassing van een behandeling verzet, kan zelfstandig een rechterlijke beslissing uitlokken over de noodzaak van deze behandeling.

De patiëntenvertrouwenspersoon (pvp)³⁴ is onafhankelijk en behartigt de belangen van patiënten zoals patiënten dit zelf zien. Het is zijn taak alle patiënten die daarom vragen te informeren, te adviseren en bijstand te verlenen. De pvp kan de patiënt ook bijstaan bij het indienen en toelichten van een klacht. Hij mag daartoe alle ruimten van het ziekenhuis betreden, voor zover dit nodig is ter vervulling van zijn taak, en moet vrijelijk met zijn cliënten kunnen praten.

2.5 De relatie met andere wetgeving

De Wet Bopz kan niet los worden gezien van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), die in het gezondheidsrecht een centrale plaats inneemt.

³³ Stb. 1993, 564, gewijzigd bij besluit van 7 mei 1996, Stb. 1996, 293.

³⁴ Het Besluit patiëntenvertrouwenspersoon (Stb. 1993, 565) is gegrond op artikel 59 Wet Bopz.

De WGBO en de Wet Bopz verhouden zich tot elkaar als een *lex generalis* en een *lex specialis*. Dit betekent dat als een onderwerp in beide wetten geregeld is, de bepaling uit speciale wet prevaleert. Voor onderwerpen die niet expliciet in de Wet Bopz zijn geregeld, zoals onder andere de uitwerking van het *informed consent* principe en de norm van een goed hulpverlener, is de WGBO relevant.

Daarnaast bij de toepassing van de Wet Bopz nog een aantal andere wettelijke regelingen van belang. Na behandeling van de WGBO zal kort worden ingegaan op de regeling van de ondertoezichtstelling en op enkele strafrechtelijke maatregelen.

2.5.1 De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

In 1994 is de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) in werking getreden. De WGBO is van toepassing op handelingen op het gebied van de geneeskunst en op verpleging en verzorging in het kader van die geneeskundige handelingen. Er is veel geregeld in de WGBO: recht op informatie, toestemmingsvereiste, inzagerecht, geheimhouding, de norm van een goed hulpverlener, dossierplicht, vertegenwoordiging ingeval van wilsonbekwaamheid, de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis. De WGBO is gegrond op twee pijlers. De eerste is het uitgangspunt dat de hulpverlener goede zorg moet verlenen; dat wil zeggen volgens de inzichten van zijn vakgebied en overeenkomstig ethische en juridische normen. Toetssteen is de professionele standaard (artikel 7: 453 BW). De professionele standaard wordt gevormd door een bonte mengeling van regels en inzichten, zoals: vakinhoudelijke inzichten en standaarden, beroepscode en gedragsregels, wettelijke voorschriften en jurisprudentie, inspectierichtlijnen en ethische normen.³⁵ Ten tweede stoelt de WGBO op het *informed consent* principe, dat wil zeggen dat een patiënt alleen behandeld of begeleid kan worden, nadat hij op basis van adequate informatie toestemming heeft gegeven.

Informatie

Een cliënt heeft recht op duidelijke en begrijpelijke informatie over alles wat voor hem van belang is om te weten. Volgens de wet dient de patiënt te worden ingelicht over hetgeen hij redelijkerwijs moet weten over: de aard en het doel van het voorgestelde onderzoek of de voorgestelde behandeling, de te verwachten risico's en gevolgen daarvan, de alternatieven daarvoor en zijn eigen gezondheidstoestand (artikel 7 : 448 lid 2 BW). Voor jeugdigen, die jonger zijn dan 12 jaar, is bepaald dat de informatie aangepast dient te zijn aan het bevattingsvermogen; daarnaast wordt de wettelijk vertegenwoordiger volledig geïnformeerd.³⁶

De hulpverlener is alleen verplicht informatie te geven aan de patiënt en zijn eventuele vertegenwoordiger. Het geven van informatie aan de vertegenwoordiger is voor de hulpverlener niet verplicht als dit niet verenigbaar is met de norm van de zorg van een goed hulpverlener (artikel 7: 457 lid 3 BW). Hierbij is bij de parlementaire behandeling gedacht aan een jeugdige patiënt die een psychiatrische behandeling moet ondergaan die samenhangt met de omstandigheden in zijn ouderlijk huis; de eisen van goede hulpverlening kunnen zich er dan tegen verzetten dat over (bepaalde aspecten van) de behandeling mededelingen aan de ouders worden gedaan.³⁷ De niet met gezag belaste ouder heeft een beperkt recht op informatie en consultatie, dat wordt beheerst door artikel 1: 377c BW. De gezinsvoogd die optreedt in het kader van een OTS heeft geen zelfstandig recht op informatie.

³⁵ J. Legemaate, De WGBO: Van tekst naar toepassing, Houten, 1995, p. 12-20.

³⁶ J. Legemaate, Goed recht, Utrecht, 1994, p. 51-62.

³⁷ Kamerstukken II, 1989-1990, 21561 nr. 3, p. 45.

Geen regel zonder uitzonderingen, zo ook hier. Uit artikel 7: 449 BW volgt dat niemand verplicht is inlichtingen te ontvangen, tenzij dit nadelig is voor de betrokkene zelf of zijn omgeving. Het kan van groot belang zijn te weten dat een medicijn een bepaalde bijwerking heeft. Een tweede uitzondering is de therapeutische exceptie. Het verstrekken van inlichtingen kan achterwege blijven als de hulpverlener om gegronde redenen verwacht dat het geven van informatie ernstig nadeel voor de patiënt op zal leveren. De hulpverlener mag pas van de therapeutische exceptie gebruik maken, nadat hij een andere hulpverlener heeft geraadpleegd. Zodra het nadeel voor de patiënt is opgeheven, wordt alsnog de benodigde informatie verstrekt. De therapeutische exceptie is niet in te roepen bij een vertegenwoordiger. Met de informatieplicht hangt samen dat een cliënt alleen kan worden behandeld en begeleid, nadat hij hiervoor op basis van adequate informatie vrijwillig - zonder druk vanuit de omgeving - toestemming heeft gegeven. In een behandelingplan kunnen dus geen doelen of sancties worden opgenomen waar de cliënt niet mee instemt. De cliënt kan zijn instemming op elk moment intrekken; een eerder gezette handtekening doet niet ter zake. Dit principe van toestemming op basis van informatie geldt ook voor andere contracten of afspraken die los van het behandeling- en begeleidingsplan staan. Indien de verrichting niet ingrijpend is, kan er ook sprake zijn van veronderstelde toestemming. (artikel 7: 466 lid 2 BW).

Toestemming bij minderjarigheid

De WGBO is ook van toepassing op minderjarigen. Voor hen geldt een aparte regeling; hoe ouder het kind, des te meer gewicht wordt door zijn mening in de schaal gelegd. Er worden in de WGBO (anders dan in de Wet Bopz) drie leeftijdsfasen onderscheiden: minderjarigen tot 12 jaar, van 12 tot 16 jaar en van 16 jaar en ouder.

- Voor kinderen tot 12 jaar wordt door de wettelijk vertegenwoordigers (zie paragraaf 2.3.2) over behandeling en verpleging beslist. Indien ouders toestemming weigeren kan een kindbeschermingsmaatregel of de norm van de zorg van een goed hulpverlener uitkomst bieden. Ouders die met het gezamenlijk gezag zijn belast (of de met gezamenlijk gezag belaste ouder en partner, niet-ouder, artikel 1: 253t BW), kunnen van mening verschillen. In die situatie kan de kwestie aan de rechtbank worden voorgelegd. De rechter zal eerst proberen te bewerkstellingen dat de ouders tot een vergelijk komen. Als dit niet lukt, beslist hij in het belang van het kind (artikel 1: 253a BW).
- De regeling voor 12 tot 16 jarigen is gecompliceerd en roept veel vragen op. Deze minderjarigen hebben eigen rechten: op informatie, inzage in het dossier, geheimhouding. Voor het ondergaan van een behandeling is dubbele toestemming vereist, zowel van de minderjarige zelf als van de ouders die het gezag uitoefenen of de voogd. Dit vereiste van dubbele toestemming geldt niet: (1) indien de (medische) behandeling kennelijk nodig is om ernstig nadeel te voorkomen; (2) indien de minderjarige de behandeling die door de ouders of voogd wordt geweigerd weloverwogen blijft wensen. In deze gevallen kan de toestemming van de ouders of voogd achterwege blijven. (3) Als de minderjarige wilsonbekwaam is, kan worden volstaan met de toestemming van de ouders.
- Zestien- en zeventienjarigen kunnen zelf alle WGBO-rechten uitoefenen en ook de daartoe benodigde rechtshandelingen verrichten.

Wilsonbekwaamheid

De wet definieert een wilsonbekwame persoon als iemand 'die niet in staat kan worden geacht tot een redelijk waardering van zijn belangen ter zake' (artikel 7: 465 lid 3 BW). Het woordje ter zake is essentieel in de definitie; het gaat erom of een patiënt wilsonbekwaam is in verband met een bepaalde kwestie. Wilsonbekwaamheid wordt per situatie

vastgesteld. De wet levert geen criteria om wilsonbekwaamheid vast te stellen en evenmin een procedure. Een werkgroep van het Ministerie van Justitie heeft zich met deze problematiek beziggehouden. De werkgroep 'Wilsonbekwaamheid' stelt dat een patiënt als wilsbekwaam kan worden beschouwd "als hij er blijk van geeft de op zijn bevattingsvermogen afgestemde informatie te bevatten naar de mate die voor de aard en reikwijdte van de aan de orde zijnde beslissing noodzakelijk is."³⁸ Het is niet zo dat alle jongeren zonder ziekte-inzicht wilsonbekwaam kunnen worden verklaard. Bij de toetsing dient gelet te worden op het besluitvormingsvermogen en niet op de uitkomst van de beslissing. Voor elke kwestie dient apart bezien te worden of de jeugdige al dan niet zelf kan beslissen. Het maakt immers verschil of de voorgestelde behandeling ingrijpend is, of de jeugdige van plan is te weigeren of toestemming te verlenen en of het nalaten van de behandeling nadelige gevolgen zal hebben. Uit het bekwaamheidsbeginsel volgt dat een patiënt voor wilsbekwaam wordt gehouden zolang niet is gebleken dat hij wilsonbekwaam is. Het is de hulpverlener die iemand wilsonbekwaam verklaart.

Als een jeugdige wilsonbekwaam is, treedt een vertegenwoordiger in de WGBO-rechten van de wilsonbekwame persoon. De vertegenwoordigers die in de WGBO in een hiërarchische volgorde worden genoemd zijn:

- de door de rechter benoemde curator of mentor;
- een door de patiënt schriftelijke gemachtigde;
- de echtgenoot of andere levensgezel;
- ouder, kind, broer of zus.

In de praktijk van de kinder- en jeugdpsychiatrie zal de ouder of voogd als wettelijk vertegenwoordiger optreden. Zij geven als vertegenwoordiger – na adequaat te zijn geïnformeerd – plaatsvervangende toestemming. De hulpverlener en de vertegenwoordiger dienen te handelen als een goed hulpverlener en als een goed vertegenwoordiger. Dit houdt onder meer in dat zij de wensen van de jeugdige zoveel mogelijk moeten respecteren en in zijn belang dienen te handelen. Verzet dient te worden gerespecteerd. Echter, ook de WGBO maakt onder strikte voorwaarden dwangbehandeling mogelijk: als een wilsonbekwame patiënt zich tegen een verrichting van ingrijpende aard, waarvoor de vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven, verzet, dan kan de verrichting slechts worden uitgevoerd indien zij kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen (artikel 7: 465 lid 6). De vrijwillig opgenomen patiënt kan hieraan ontkomen door uit het ziekenhuis te vertrekken; er is immers geen Bopz-titel. Als in een noodsituatie de tijd ontbreekt om aan de vertegenwoordiger toestemming te vragen, kan een behandeling of onderzoek zonder plaatsvervangende toestemming plaatsvinden, mits die verrichting nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Richtinggevend in dergelijke situaties is de norm van de zorg van een goed hulpverlener.

2.5.2 Ondertoezichtstelling

In de kinder- en jeugdpsychiatrie hebben veel jeugdigen te maken met een ondertoezichtstelling (OTS, artikel 1: 254-265 BW). Minderjarigen staan onder gezag: ouderlijk gezag of voogdij. Ouderlijk gezag kan eenhoofdig zijn of door de ouders gezamenlijk worden uitgeoefend. Een voogd is een ander dan de ouder, deze wordt bij testament of door de rechter benoemd. Onder de vertegenwoordigingsbevoegdheid van de ouder of de voogd valt onder andere het geven van vervangende toepassing door ouder(s) of

³⁸ Werkgroep wilsonbekwaamheid, Handreiking voor de beoordeling van wilsonbekwaamheid, Den Haag, 1994.

voogd voor behandeling, begeleiding en verpleging in het kader van de Wet Bopz en de WGBO.

Een OTS is erop gericht een in zijn ontwikkeling bedreigde minderjarige hulp en steun te bieden door een gezinsvoogdij-instelling (GVI). Een kinderrechter kan een minderjarige die zodanig opgroeit dat zijn zedelijke of geestelijke belangen ernstig worden bedreigd onder toezichtstellen van een gezinsvoogdij-instelling. Daartoe is vereist dat andere middelen die tot doel hadden die bedreiging op te heffen, hebben gefaald. Een OTS houdt in dat de gezinsvoogd toezicht houdt op de minderjarige en zorgt dat aan de minderjarige en de met het gezag belaste ouder hulp en steun wordt geboden. (De gezinsvoogd is een andere persoon dan de voogd die met het gezag over de minderjarige is belast.) De hulp en steun van de gezinsvoogd moet erop gericht zijn de ouder de verantwoordelijkheid voor de verzorging en opvoeding zoveel mogelijk te doen behouden. De hulp heeft als het leeftijds- en ontwikkelingsniveau van de jeugdige daartoe aanleiding geeft ook tot doel het vergroten van de zelfstandigheid van de jongere. De beperking van het ouderlijk gezag is een gevolg van de bevoegdheid tot het geven van aanwijzingen door de gezinsvoogd. De ouder is verplicht schriftelijke aanwijzingen van de gezinsvoogd op te volgen. Dit geldt ook voor aanwijzingen die te maken hebben met de (geestelijke) gezondheid van de jeugdige. Maar de gezinsvoogd treedt niet op als vertegenwoordiger op grond van de WGBO en de Wet Bopz. De hulpverlener heeft uit hoofde van de WGBO en de Wet Bopz dus geen verplichtingen jegens de gezinsvoogd. De gezinsvoogd kan derhalve geen aanwijzing geven met het doel de minderjarige een bepaalde behandeling te laten ondergaan. Het in ernstige mate veronachtzamen van de aanwijzingen van de gezinsvoogd kan consequenties hebben: in het uiterste geval ontzetting uit de ouderlijke macht. De met gezag belaste ouder en de minderjarige hebben de mogelijkheid een dergelijke aanwijzing door de kinderrechter te laten beoordelen.

De gezinsvoogd heeft niet de zelfstandige bevoegdheid een minderjarige gedurende dag en nacht buiten het gezin te plaatsen als de met gezag belaste ouder daartegen bezwaar maakt. Als het belang van de jeugdige het vergt, kan de gezinsvoogdij-instelling, de raad voor de kinderbescherming of de officier van justitie de kinderrechter verzoeken een machtiging af te geven een minderjarige 24 uur per dag uit huis te plaatsen. Voor plaatsing in een gesloten inrichting is altijd een expliciete daartoe strekkende machtiging vereist. Het is alleen mogelijk indien er sprake is van ernstige gedragsproblemen van de minderjarige (artikel 1:261 lid 3 BW). De kinderrechter is dan verplicht om aan de minderjarige een raadsman toe te voegen. Ook al gaat het om een plaatsing in een gesloten psychiatrische inrichting, zolang de jeugdige van 12 jaar of ouder de nodige bereidheid heeft, heeft hij de status van vrijwillig opgenomen patiënt. Als de bereidheid tot opnemings- en verblijfs- (meer) aanwezig is, of als dwangmaatregelen of vrijheidsbeperkingen worden toegepast, dient een Bopz-titel te worden gevraagd. In paragraaf 2.2.1 is al aangestipt dat een machtiging van een kinderrechter tot een behandel- of onderzoeksplaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van een OTS niet voldoende is voor een onvrijwillige opname in de zin van de Wet Bopz; dan behoort ook een Bopz-machtiging te worden afgegeven.^{39 40}

Geeske Ruitenberg heeft onderzoek gedaan naar de samenloop van de OTS-regeling en de Wet Bopz en komt tot de volgende conclusies.⁴¹ Volgens de huidige wetgeving is

³⁹ In artikel 53 lid 2 Wet Bopz wordt plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van een OTS niet genoemd. Zie ook artikel 1:261 lid 3 BW; HR 30 juni 1995, NJ 1996, 233. Anders: Rb Den Haag 22 juli 1998, kBJ 1998, nr. 48.

⁴⁰ Richtlijn, p. 25. Anders: J.H. Hofdijk, Onvrijwillige plaatsingen in kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken, deel 1: De Opnemings, FJR 17 (1995), nr. 2, p. 30. A.P. van der Linden, De Wet Bopz en de OTS. In: J.A.C. Bartels (red.), Jeugdpsychiatrie en recht, Assen 1997, p. 93.

⁴¹ G.C.A.M. Ruitenberg, De onder toezicht gestelde minderjarige en de Wet Bopz, Amsterdam, 2001, doctoraalscriptie VU.

de samenloop van OTS met machtiging tot uit huis plaatsing (UHP) en de Wet Bopz niet geregeld. Het is onduidelijk of de kinderrechter die een OTS (met machtiging tot uithuisplaatsing) uitspreekt, voor hetzelfde kind tevens als Bopz-rechter mag fungeren. Niet helder is of een machtiging tot uithuisplaatsing die strekt tot onderzoek naar de geestelijke of lichamelijke gesteldheid van de minderjarige, kan worden aangemerkt als een beschikking bedoeld in artikel 53 lid 2 onder h Wet Bopz. De tot nu toe voor de knelpunten aangedragen oplossingen komen er kort gezegd op neer, dat de kinderrechter in het kader van een OTS de bevoegdheid dient te krijgen om een minderjarige tegen diens wil op grond van een machtiging tot uithuisplaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (PZ) te laten opnemen. Deze voorstellen bieden echter geen van alle een bevredigende oplossing voor de bovengenoemde knelpunten. De samenloopproblemen, onduidelijkheid over de bevoegde kinderrechter en de onzekerheid omtrent artikel 53 lid 2 onder h Wet Bopz kunnen op een goede wijze worden opgelost door de wet dusdanig te wijzigen, dat het de kinderrechter onmogelijk wordt gemaakt om in het kader van een OTS een machtiging te verlenen op grond waarvan een minderjarige onvrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis kan worden geplaatst. Dit heeft tot gevolg dat voor een onvrijwillige opname apart een Bopz-procedure doorlopen zal moeten worden. Overige knelpunten doen zich voor ten aanzien van de betrokkenheid van de gezinsvoogdij-instelling bij opname en verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis. De gezinsvoogdij-instelling wordt in de Wet Bopz niet genoemd. Zij heeft slechts een informele mogelijkheid om de OvJ te verzoeken een vordering tot verkrijging van een RM in te stellen, maar dit wordt niet als problematisch ervaren. Wel verdient wijziging van de artikelen 8, 47 en 48 Wet Bopz aanbeveling. Die wetswijziging zal er toe dienen te leiden dat de gezinsvoogdij-instelling op de hoogte moet worden gesteld van voorgenomen (voorwaardelijk) ontslag.

Hoewel men het er niet over eens is of een gezinsvoogd een aanwijzing kan geven met de strekking dat ouder(s)/voogd(en) moeten instemmen met behandeling, lijkt het op grond van de tekst van artikel 1:258 lid 1 BW en het systeem van de wetgeving duidelijk dat dit niet mogelijk is.

Er bestaat ook discussie over de vraag of artikel 1:264 BW kan worden aangewend voor psychiatrische behandeling. Naar de mening van Ruitenbergh is dit op grond van de wettekst mogelijk; ondanks het bestaan van artikel 38 lid 5 Wet Bopz wordt deze toepassing van artikel 1:264 BW in de Wet Bopz niet uitgesloten. Dit lijkt erop te duiden dat dit artikel voor psychiatrische behandeling kan worden aangewend.

Het laatste knelpunt is het ontbreken van een recht op informatie voor de gezinsvoogdij-instelling, indien de minderjarige in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen. De gezinsvoogdij dient om zijn taak goed te kunnen vervullen informatie van het psychiatrisch ziekenhuis te krijgen, maar daarbij moeten tevens de privacy van de minderjarige en het beroepsgeheim van de psychiater worden gerespecteerd. Er moet dus telkens een afweging tussen deze belangen worden gemaakt.

1. Samenvattend schema van Geeske Ruitenber (uit: De onder toezicht gestelde minderjarige en de Wet Bopz, Amsterdam, 2001).

Opnemingsstiel:	Bereidheid tot opneming	Juridische status:	Interne rechtspositie vooral beheerst door:	Opmerkingen:
Plaatsting door ouder(s) / voogd(en) Art. 1:258 Lid 3 BW	Ouder(s) / voogd(en) en de minderjarige van twaalf jaar of ouder zijn bereid	Vrijwillig	WGBO	-Opneming alleen indien de GVI geen gezwaar heeft.
Machtiging tot UHP in een PZ in het kader van een OTS	Ouder(s) / voogd(en) en de minderjarige van twaalf jaar en ouder zijn bereid	Vrijwillig	WGBO	-Indien er geen bereidheid is, kan deze machtiging wel worden verleend, maar kan zij niet geëffectueerd worden zonder dat daarna tevens een RM verleend is. - Dit is een gedwongen opneming in de zin van de OTS.
Machtiging tot UHP voor observatie in een PZ in het kader van een OTS, via art. 53 lid 2 sub h Wet Bopz		Onvrijwillig	WGBO	-Of opneming op deze wijze mogelijk is, is nog maar de vraag. Zo nee, dan is hetgeen een rij hierboven is vermeld van toepassing. Zo ja, dan is het onduidelijk of het noodzakelijk is dat er sprake is van verzet/gebrek aan bereidheid.
IBS	De minderjarige van twaalf jaar of ouder is niet bereid en/of ouder(s) / voogd(en) zijn niet bereid of verschillen van mening	Onvrijwillig	Wet Bopz	-Alleen in spoedgevallen.
RM	De minderjarige van twaalf jaar of ouder is niet bereid en/of ouder(s)/voogd(en) zijn niet bereid of verschillen van mening		Wet Bopz	-In geval van een RM op eigen verzoek dient de minderjarige tot opneming bereid te zijn.

2.5.3 Wetboek van Strafrecht

Rechterlijke machtigingen die ook een geldige Bopz-titel opleveren, waardoor de interne rechtspositie van de Wet Bopz van toepassing wordt, zijn een strafrechtelijke RM (artikel 37 lid 1 Sr) en een rechterlijke uitspraak waarin een maatregel tot plaatsing in een inrichting voor jeugdigen is opgelegd (PIJ-maatregel, artikel 77h lid 4 sub a Sr). Een strafrechtelijke RM en een PIJ-maatregel zijn geen vormen van jeugddetentie, geen maatregel met een strafkarakter: het gaat om het belang van de jeugdige en van de samenleving. Het ontbreken van het strafkarakter van de PIJ-maatregel blijkt ook uit de cumulatieve voorwaarden. Een PIJ-maatregel kan ingevolge artikel 77s Sr slechts worden opgelegd, indien:

- het een misdrijf betreft waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten;
- de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van die maatregel vereist, en
- de maatregel in het belang is van een zo gunstig mogelijke verdere ontwikkeling van de verdachte.

Voor het opleggen van een PIJ-maatregel zijn verklaringen vereist van tenminste twee gedragskundige van verschillende disciplines.

De minister van justitie is verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging. De maatregel geldt twee jaar, maar kan onder omstandigheden worden verlengd tot uiterlijk zes jaar (artikel 77t Sr).

3

Dilemma's in de praktijk

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de volgende onderzoeksvragen. De antwoorden op deze vragen zijn gebaseerd op de enquête, de met de enquête meegezonden protocollen en de interviews.

1. Hoeveel jeugdigen zijn sinds de vorige Bopz- evaluatie met een RM of IBS opgenomen in instellingen voor KJP? Welke waren de kenmerken van deze jeugdigen? Hoe verhoudt dit aantal zich tot de schatting die tijdens de vorige Bopz-evaluatie is gemaakt? (paragraaf 3.2)
2. Welke zijn de overeenkomsten en de verschillen die hebben geleid tot een opname met RM of IBS enerzijds en casussen die overeenkomstig de Wet Bopz tot een opname met een RM of IBS hadden moeten leiden, maar daartoe niet hebben geleid anderzijds? (paragraaf 3.2)
3. Hoe wordt thans omgegaan met de wettelijke voorschriften omtrent dwangbehandeling (paragraaf 3.3.2), middelen & maatregelen (paragraaf 3.3.3), vrijheidsbeperkingen (paragraaf 3.3.4) en het klachtrecht (paragraaf 3.3.6)? Welke knelpunten doen zich daarbij in de praktijk voor?
4. Welke houding neemt de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan ten aanzien meldingen van dwangtoepassing en vrijheidsbeperkingen? (paragraaf 3.4)
5. Zijn de Bopz-plaatsen in de KJP gerealiseerd? (paragraaf 3.5)
6. Zijn de hulpverleners in de sector intussen meer op de hoogte van de wet dan tijdens de vorige Bopz-evaluatie? Zo niet, wat is de reden daarvan en met welke middelen en via welke kanalen kunnen zij het beste worden voorgelicht (paragraaf 3.6).

3.2 De externe rechtspositie

In de beleving van vertegenwoordigers van jongerenraden zijn de redenen voor een dwangopname soms anders dan in de beleving van volwassenen. Op de vraag "In welke situaties wordt een jongere gedwongen opgenomen? " werden door vertegenwoordigers van jongerenraden de volgende antwoorden gegeven:

- Als hij of zij niet wil meewerken aan de behandeling van doktoren.
- De moeder was overleden.
- Als het niet goed gaat thuis en er problemen zijn.
- Vanwege gedragsproblemen, ADHD, PDD-NOS.
- Omdat iemand niet kan luisteren.

- Als iemand een gevaar voor zichzelf is.
- Als de ouders zich geen raad meer weten.

In het navolgende zal blijken dat dit laatste cruciaal is.

Er wordt niet licht tot een onvrijwillige opneming besloten. Liever wordt er veel met alle betrokkenen gepraat in de hoop te bewerkstelligen dat de jongere en/of de ouders toestemming voor opneming en verblijf gegeven. Op de vraag waarom het niet wenselijk is een Bopz-titel aan te vragen worden de volgende redenen genoemd:

- Het is stigmatiserend voor de betrokkene.
- Het brengt juridische en administratieve "rompslomp" met zich mee.
- Een onvrijwillige opneming verstoort de behandelrelatie.
- Soms is het onduidelijk of er sprake is van psychiatrische problematiek. In dat geval is niet voldaan aan de juridische vereisten voor onvrijwillige opneming.
- Het komt, zowel in de KJP als in de volwassenenpsychiatrie, voor dat patiënten niet worden opgenomen, omdat ze te zeer bedreigend zijn. Het besef bestaat dat de toenemende agressie de gang van zaken in een psychiatrisch ziekenhuis ernstig kan ontwrichten en soms een te grote belasting betekent voor het verpleegkundig personeel.⁴² Volgens een mondelinge mededeling van de hoofdinspectie gaat het gemiddeld om 4 tot 5 gevallen per jaar.
- Er is niet altijd behandelperspectief, terwijl de betrokkene wel in het milieu van een psychiatrisch ziekenhuis verkeert. Veel artsen vinden dat zij de ethische plicht hebben om te behandelen.
- Dwang kan ertoe leiden dat jongeren later zorgmijders worden, omdat dwang het vertrouwen kan schaden.
- In klinieken die geen Bopz-faciliteiten hebben, moeten jongeren met een Bopz-titel ergens anders worden geplaatst. Dit is nadelig voor de behandelrelatie en de continuïteit van zorg.

Uit het registratiesysteem van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), Bopzis-2, blijkt dat sinds 1998 het aantal gedwongen opnemingen fors toegenomen is (zie bijlage 2). Het aantal rechtelijke machtigingen is in de periode van 1998 tot 2000 ongeveer verdubbeld. In 2000 werd 77 maal een voorlopige RM afgegeven (bij 50 jongens, 26 meisjes en 1 jongere met onbekende sekse). Elf aangevraagde rechterlijke machtigingen werden afgewezen. In 26 gevallen werd een machtiging voorgezet verblijf afgegeven (12 jongens en 14 meisjes) met een gemiddelde duur van 9,4 maanden. Een RM op eigen verzoek komt sporadisch voor: in 2000 kregen twee meisjes en een jongen dit. Een IBS komt vaker voor. Het aantal inbewaringstellingen fluctueerde in de periode 1996-2000 weliswaar, maar bleef over de gehele periode bezien tamelijk constant. In 2000 kregen 96 jongens en 69 meisjes een IBS; 47 maal werd een IBS afgewezen. In de overgrote meerderheid van de gevallen gaat het om jongeren boven de 14 jaar. Er zijn geen kwantitatieve gegevens bekend over opnemingen voor onderzoek of observatie op grond van een andere wettelijke bepaling (artikel 53 lid 2 sub h) noch over opnemingen op gezag van een indicatiecommissie ex artikel 60 lid 3. Veel voorkomende diagnoses bij jeugdigen die met een RM of IBS zijn opgenomen zijn (zo blijkt uit de PIGGz-registratie): pervasieve ontwikkelingsstoornissen, aandachtstekortstoornissen, eetstoornissen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen, gedragsstoornissen, stemmingsstoornissen (depressief of bipolair), persoonlijkheidsstoornissen. Het is niet mogelijk om de gegevens van de diverse registratiesyste-

⁴² IZG, Jaarrapportage 1999, p. 24.

men met elkaar te vergelijken, waardoor de eerste onderzoeksvraag gedeeltelijk onbeantwoord blijft.

Voor een geldige Bopz-titel moet aan een aantal vereisten zijn voldaan: ultimum remedium, geen bereidheid, gevaar, geestesstoornis, gevaar en geestesstoornis (in een causaal verband). We bespreken hieronder de toepassing van deze vereisten in de praktijk. Aangezien de problematiek van een opneming met een RM of IBS niet wezenlijk verschilt, wordt de interpretatie in de praktijk van deze vereisten niet apart behandeld.

Ultimum remedium

Een onvrijwillige opneming is altijd een laatste redmiddel. Over het algemeen is er aan een gedwongen opneming een (jeugd)hulpverleningstraject vooraf gegaan en zijn de alternatieve hulpverleningsmogelijkheden uitgeput. Een van de weinige openbare rechtelijke beschikkingen voor minderjarigen gaat over het ultimum remediumcriterium.⁴³ De rechtbank Alkmaar overwoog als volgt: “Naar het oordeel van de psychiater lijdt betrokkene aan een stoornis van de geestvermogens, waarbij angsttoestanden, ernstige regressie en psychisch decompensatie optreden. Betrokkene is kortgeleden in zeer verwarde toestand aangetroffen in het centrum van Utrecht. Recentelijk en voor het eerst heeft zij naar voren gebracht dat zij in het verleden en onlangs geestelijk en lichamelijk is misbruikt. Hieruit kan worden geconcludeerd, dat er sprake is van onmiddellijk dreigend gevaar voor geestelijk en lichamelijk letsel van betrokkene, welke wordt veroorzaakt, c.q. verband houdt met genoemde stoornis. Inmiddels is de moeder van betrokkene aangaande het misbruik door betrokkene geïnformeerd en heeft er een gezinsgesprek plaatsgevonden. Onduidelijk is wat de resultaten zijn van dit gezinsgesprek. Evenmin is duidelijk welke veiligheid het gezin op dit moment aan de betrokkene kan bieden. Een behandelcontract waarin onder andere geregeld wordt op welke wijze de contacten met en vanuit het gezin zullen plaatsvinden, blijkt nog niet tot stand te kunnen komen. Onder deze omstandigheden kan dan ook niet worden aangenomen (...) dat het gevaar op een andere wijze dan door opname in een psychiatrisch ziekenhuis (i.c. jeugdpsychiatrische kliniek, cg) kan worden afgewend.” De machtiging tot voortzetting van de IBS wordt verleend. Uit deze uitspraak blijkt hoe belangrijk de band met het gezin voor de beoordeling is.

De capaciteitsproblematiek is een groot knelpunt. Het komt voor dat als gevolg van het uitblijven van hulp, doordat de jeugdige op de wachtlijst staat, een crisis is ontstaan. Ook wordt als gevolg van de wachtlijstproblematiek, ondanks de 71 gerealiseerde Bopz-plaatsen, nogal eens gearzeld een Bopz-titel aan te vragen, wanneer het wel op zijn plaats zou zijn, zo stellen diverse behandelaars. De Bopz-plaatsen zijn ingesteld om dit probleem op te lossen.

Bereidheid

Voor het aannemen van bereidheid is informed consent vereist. Bijna geen enkele jongere wil in een psychiatrisch ziekenhuis (‘gekkenhuis’) opgenomen worden; ook ouders laten hun kind niet graag opnemen. Als zij ten einde raad zijn is de toestemming niet geheel vrijwillig te noemen – soms wordt er druk op hen en de jongere uitgeoefend. Bij verstandelijk gehandicapten is het extra moeilijk om te beoordelen of iemand vrijwillig wil worden opgenomen; bereidheid veronderstelt immers wilsbekwaamheid. Er zijn ook licht verstandelijk gehandicapten die op grond van artikel 60 in een KJP-instelling

⁴³ Rechtbank Alkmaar 22 januari 1998, kBJ 1998/42.

zijn opgenomen. Zij zijn niet bereid tot opname en verblijf, maar hebben ook geen bezwaar.

Hulpverleners besteden hun energie liever aan het voeren van gesprekken om tot een vrijwillige opname te komen, dan aan het aanvragen van een RM of IBS, omdat een gedwongen opname naar hun mening stigmatiserend werkt, en de behandelrelatie negatief beïnvloedt. De gang naar de rechter wordt door jeugdigen soms met straf geassocieerd. Volgens een patiëntenvertrouwenspersoon denken sommigen - ten onrechte⁴⁴ - dat zij door een onvrijwillige opname een strafblad krijgen. Een verpleegkundige van een crisisafdeling: "Bijna alle opnames zijn Bopz-achtige opnames; er is meestal een ernstige crisis gaande. Meestal vindt de inschatting plaats door de RIAGG. Het vergt veel stuurmanskunst, maar we proberen het toch vrijwillig te houden, zonder de rechten van de WGBO te schenden. De reden hiervan is dat de opname een ingrijpende interventie is en dat een gedwongen opname de behandelrelatie kleurt."

Verzet

Als een jeugdige zich tegen de opname verzet, dan wordt dit verzet niet snel erkend. Verzet uit zich nogal eens in weglopen of mee willen gaan met de ouders als zij afscheid nemen. Soms wordt de betrokkene dan met behulp van CFB-technieken teruggebracht (Controle Fysieke Beheersing, zie paragraaf 3.3.3). Als een onvrijwillig opgenomen jeugdige is weggelopen, wordt soms hulp van de politie of ambulancepersoneel ingeroepen. Ook gedragsstoornissen kunnen een uiting van verzet tegen het verblijf zijn. Een jongere die ergens niet mee eens is, kan dit uiten door zich tegendraads te gedragen. Dit leidt tot de redenering van de kip en het ei: zijn de gedragsstoornissen een uiting van verzet of juist een reden voor verblijf in de kliniek?

In het volgende verhaal van een ouder werd verzet niet erkend: "Mark (vrijwillig opgenomen, 13 jaar) stond in eerste instantie achter de opname, maar toen hij net in de kliniek was, wilde hij weg. Dat was niet onmogelijk, want de afdeling is half open: je kunt er wel uit, maar er niet in. Mark is gebleven, omdat we hem steeds terugbrachten. Hij is twee maal overdag weggelopen, we konden hem vinden en hebben hem naar de kliniek gebracht. Dit was nogal dramatisch. Om drie uur in de nacht hebben we hem opgehaald. Op een zaterdag is hij opnieuw weggelopen en deze keer is hij door de bedrijfsbeveiliging teruggebracht. Hij begreep op dat moment dat hij thuis niet meer welkom was.

Toen hij zijn verzet had opgegeven, stond hij open voor de mensen van de afdeling."

Gevaar

Het gevaarscriterium wordt in de praktijk uiteenlopend geïnterpreteerd. Er is geen openbare jurisprudentie over de interpretatie van het gevaarscriterium bij minderjarigen voorhanden. In de door de respondenten ingestuurde protocollen worden de administratieve procedures uitgebreid beschreven, maar nauwelijks criteria en voorbeelden genoemd.

Door hulpverleners en ouders genoemde voorbeelden van gevaar zijn:

- Suïcidaliteit (pillen slikken, dreigen van een gebouw af te springen, aan een viaduct boven een snelweg hangen, iets om de nek knopen).
- Automutilatie.
- (Dreigen met) agressief gedrag jegens anderen.
- Overlast, waardoor de burens niet meer kunnen slapen.
- Een impasse doorbreken als het overleg over de behandeling vastloopt en behande-

⁴⁴ Een Bopz titel (RM of IBS) wordt niet geregistreerd in de justitiële documentatie (artikel 4). Een verklaring omtrent goed gedrag wordt afgegeven op basis van de Wet op de justitiële documentatie.

ling noodzakelijk is (hier is in principe geen sprake van gevaar in de zin van de wet).

- Brandstichting.
- Geen weerstand bieden tegen seksueel misbruik.
- In een crimineel milieu of pornonetwerk terechtkomen. In deze situatie heeft het gevaarscriterium bestwilelementen in zich. Een psychiater, die in een psychiatrische setting met licht verstandelijk gehandicapten werkt, gaf het volgende voorbeeld: "Ik was net op Bopz-cursus in Utrecht geweest en had een 14-jarige jongen poliklinisch gezien. Hij had een pervasieve ontwikkelingsstoornis en hechtingsproblemen. Binnen de jeugdzorg was het misgegaan en de groepsleider lachte hij daar uit. Hij ging regelmatig de stad in, voor de drugscene, en dat is op te vatten als het vertonen van gevaarlijk gedrag. De moeder had ook forse beperkingen. Hij ging steeds maar naar die stad. Je hebt machtsmiddelen nodig als je iets met die jongen wilt. Het gevaar bestond naast de contacten in de drugscene hieruit: niet meer naar school gaan, met elektronica spelen en het steken van zijn broertje met een mes. De RIAGG vond een RM nog niet nodig, omdat er geen behandelperspectief was. Ik begreep dat niet; hij had immers zijn broertje met een mes bewerkt en met wat meer pech had dat fataal kunnen aflopen. Wel had de jongen een OTS, want hij liep over zijn moeder heen. Ik heb toen weer met de RIAGG contact gezocht en de RM is uiteindelijk toegekend."

Sommige psychiaters hebben er moeite mee dat zij als gevolg van het gevaarscriterium soms iemand hulp moeten onthouden, die bij toepassing van het bestwilcriterium wel gegeven had kunnen worden. Bij borderlineproblematiek, bijvoorbeeld, wordt de werkrelatie soms extra bemoeilijkt, terwijl de gedragsproblemen (onder andere: gevaar voor suïcide) juist om extra bescherming vragen. Maar er zijn ook behandelaars die de criteria met het oog op de rechtszekerheid juist positief beoordelen.

Cruciaal is of de ouders al dan niet meer in staat zijn invloed op het kind uit te oefenen. Als de ouders iets voor het kind betekenen - zo is de algemene tendens - wordt het gevaarscriterium strikter geïnterpreteerd.

De interpretatie van gevaar is voor een voorlopige RM strikter dan bij het verlengen van een RM. Bij het verlengen van een RM spelen nogal eens behandelinhoudelijke redenen een rol. Het kan dringend gewenst zijn het behandel-effect te stabiliseren ofwel men wil er zeker van zijn dat de behandeling kan worden afgerond.

Gevaar, geestesstoornis en causaliteit

Het is niet altijd eenvoudig om een causaal verband te zien tussen gevaar en geestesstoornis. Hierover is in de praktijk geen consensus. Symptomen van een psychiatrische ziekte kunnen cultureel bepaald zijn. Veelal wordt bij de inschatting van gevaar op de voorgeschiedenis gelet. Het gebeurt wel dat het psychiatrisch beeld onduidelijk is of dat het onduidelijk is of er sprake is van een geestesstoornis of van gedragsstoornissen. Dit kan leiden tot grote twijfel. Een psychiater gaf het volgende voorbeeld van een twijfelsituatie waarin zij besloot geen RM aan te vragen: "Een 13-jarig meisje maakte een crisis door. Het psychiatrisch beeld was onduidelijk, mogelijk een borderline beeld. Een paar weken is ze verdwenen geweest en via de politie kwamen we erachter dat ze in een pornonetwerk terecht was gekomen. Ze heeft weinig benul van wat haar kan overkomen. Zo denkt ze dat je niet zwanger kunt raken van iemand die je vriend niet is. Haar vriend was 19, een ongelijkwaardige relatie. Waarschijnlijk is hij bij het pornonetwerk betrokken. Er was nauwelijks contact mogelijk. Het meisje komt uit Afrika en deze meisjes zijn veel vroeger rijp; ze worden jong uitgehuwelijkt. De IBS is niet bekrachtigd, omdat ze wel vrijwillig wilde verblijven. Maar na drie weken is ze weggelopen. In overleg met de gezinsvoogd is er geen RM aangevraagd. Vrijdag is ze weggegaan. Had het toch gemoeten?"

Uitvoering van onvrijwillige opname

De rechtszittingen werden door de geïnterviewde ouders in het algemeen positief beoordeeld. Maar doordat aan een onvrijwillige opname veelal een crisis vooraf gaat en niet altijd snel crisishulp wordt geboden, verdient de uitvoering van de procedure toch niet altijd een schoonheidsprijs. Soms belandt de jongere eerst in de politiecel, waar hij of zij gedurende de aanvraag van de IBS verblijft, wat lang kan duren. Hier een geschiedenis van een 15-jarig meisje, verteld door haar ouders:

“Onze dochter stond 14 maanden op de wachtlijst voor een opname. Ook als er in een crisis sprake is van gevaar, dan komt het nog niet tot een opname. Het is bijna niet te doen om de crisisdienst te laten komen. Ze leed aan een psychose en had serieuze zelfmoordneigingen. Je wordt als ouder niet geloofd. De hulpverlener van de crisisdienst kwam pas na 5 uur. Er werd door de badkamerdeur heen gepraat, het was een flutgesprekje. Het kwam niet tot een goed gesprek en de psychiater is weggegaan. Het lijkt wel alsof er eerst doden moeten vallen. Kleine psychoses ‘doen’ we zelf. De crisisdienst reageert door te zeggen: wacht maar af, en dan wordt er later teruggebeld om te horen hoe het gaat. Ook als er overduidelijk sprake is van gevaar, kan de crisisdienst geen plek realiseren. Omdat er toch geen bed beschikbaar is, zeggen ze tegen beter weten in dat er geen gevaar is. Tegen deze situatie lopen we al jaren aan.

Uiteindelijk is het de gezinsvoogd geweest die de ‘opdracht’ gaf om een crisis vast te stellen. Er moesten argumenten komen om een crisisopname te bewerkstelligen. Bij ons thuis was het niet zo crisisachtig. Daarom wilde men een onderzoek op het politiebureau. Ze ging geboeid mee en wilde dit natuurlijk niet. Dit was uiteraard een slechte ervaring. Vier uur later was er de handtekening van de loco-burgemeester. Maar in het APZ wist men van niets en er was ook geen plek, zelfs geen boven-bed. Ze heeft ruim zeven uur in de politiecel gezeten voordat er plaats was. Ze moest in de cel, omdat ze met stoelen ging gooien. De afdeling kreeg toen een telefoontje dat er een meisje aan komt die de hele dag op het politiebureau heeft gezeten en die nu een IBS heeft. Maar ze is een zielig vogeltje. Zij kwam lopende binnen - nog net niet aan de hand. Er doken 7 mensen op haar af om haar naar de separeer te brengen en dan te bedenken hoe tender ze is. We hebben de beschikking van de rechter nooit ontvangen en onze dochter ook niet.”

Sporadisch komt het voor dat een jeugdige op een volwassenenafdeling wordt geplaatst. Als de reden plaatsgebrek op de jeugdafdeling is, wordt de regionale Inspecteur om toestemming gevraagd. Er zijn ernstige plaatsingsproblemen voor jeugdigen voor wie een vervolgbehandeling in een gesloten setting geïndiceerd is.⁴⁵ Indien de plaatsing op de volwassenenafdeling geschiedt, omdat op de jeugdafdeling 's nachts alleen een slaapdienst is, wordt de jeugdige de volgende ochtend naar de jeugdafdeling overgeplaatst.

Uit de gesprekken is verder naar voren gekomen dat het wel eens voorkomt dat de psychiater, die de geneeskundige verklaring afgeeft, rustgevende medicatie voor tijdens het vervoer voorschrijft. Verder is er weinig zicht op het toepassen van dwang tijdens ambulancevervoer.

Conclusie

Het aantal rechterlijke machtigingen neemt de laatste jaren fors toe, het aantal inbewaringstellingen fluctueert, maar er is geen duidelijk stijgende of dalende lijn te ontdekken. In de praktijk wordt terughoudend omgegaan met het aanvragen en verkrijgen van een

⁴⁵ Vgl. IZG, jaarrapportage 1996, p. 74. Dit probleem speelt nog altijd (anno 2001).

Bopz-titel in gevallen waarin de wet daar strikt genomen wel toe verplicht. Niet ondenkbaar is dat een relatief grote groep minderjarigen als gevolg daarvan de met de Wet Bopz beoogde rechtsbescherming wordt onthouden. Als een jeugdige is opgenomen en hij verzet zich, wordt het verzet niet snel erkend. Verzet uit zich nogal eens in weglopen of mee willen gaan met de ouders als zij afscheid nemen. Gedragsstoornissen kunnen ook een symptoom van verzet zijn. Dit leidt tot de redenering van de kip en het ei: zijn de gedragsstoornissen een uiting van verzet of juist een reden voor verblijf? Verzet, zo blijkt echter uit de wetsgeschiedenis, kan verbaal of nonverbaal worden geuit. Hiervoor geldt geen vormvereiste. Bij twijfel behoort de betrokkene het voordeel van de twijfel te krijgen.⁴⁶

Er wordt veel energie besteed aan het voeren van gesprekken met ouders en jeugdige om toch tot een vrijwillige opname te komen.

Het gevaarscriterium wordt niet eenduidig geïnterpreteerd: soms zeer strikt, maar er kunnen ook bestwilelementen een rol spelen. Er is geen openbare jurisprudentie over de interpretatie van het gevaarscriterium bij minderjarigen voorhanden. Cruciaal is of de ouders al dan niet (meer) in staat zijn invloed op het kind uit te oefenen en iets voor het kind kunnen betekenen. Als de ouders iets voor het kind betekenen - zo is de algemene tendens - wordt het gevaarscriterium strikter geïnterpreteerd. De interpretatie van gevaar is voor een voorlopige RM strikter dan bij het verlengen van een RM. Bij het verlengen van een RM spelen nogal eens behandelinhoudelijke redenen een rol. Het kan bijvoorbeeld dringend gewenst zijn het behandel-effect te stabiliseren ofwel men wil er zeker van zijn dat de behandeling kan worden afgerond. Het causaal verband tussen geestesstoornis en gevaar is problematisch. Niet altijd is duidelijk of gedragsstoornissen voortvloeien uit een psychiatrische ziekte of op zichzelf staan. Er kan ook twijfel bestaan omtrent de diagnose. De capaciteitsproblemen in de KJP brengen forse problemen met zich mee. Doordat jeugdigen vaak lang op een behandeling moeten wachten, kan er een crisis ontstaan die onvrijwillige opname noodzakelijk maakt. Aan de andere kant wordt soms vanwege de wachtlijstproblematiek afgezien van het aanvragen van een Bopz-opname. Aan het ultimatum remediumvereiste is altijd voldaan, omdat opname meestal het laatste redmiddel is. Er is onduidelijkheid over het voorkomen van dwangtoepassingen voor en tijdens ambulancevervoer.

3.3 Dwang (interne rechtspositie)

3.3.1 Inleiding

Het onvrijwillig verblijf in een instelling brengt met zich mee, dat de betrokkene zich aan regels moet onderwerpen. Dit kunnen huisregels, behandelvoorschriften of pedagogische normen zijn. Hierbij zijn de overgangen van vrijwilligheid via drang naar drang soms zo vloeiend dat de grenzen nauwelijks zichtbaar zijn. In deze paragraaf wordt naar die grenzen gezocht. Er is dwang als:

- er sprake is van een situatie waarin een jeugdige iets van de hulpverlener moet;
- de jongere dit niet wil of zich hiertegen verzet;
- de jongeren geen reële alternatieve keuzemogelijkheden heeft en
- de macht van de hulpverleners metterdaad gebruikt wordt.⁴⁷

⁴⁶ MvA 1991-1992 II, 21 239, nr. 20, p. 9

⁴⁷ Van der Lugt 2000, p. 39.

Informed consent

Voor dwangtoepassing - in welke vorm dan ook - moet altijd aan de in hoofdstuk 2 beschreven wettelijke vereisten voldaan zijn. Er is geen sprake van dwang als de cliënt en/of ouders (voogd) informed consent hebben gegeven. In een situatie van onvrijwillige opname hebben de betrokkenen (jeugdige, hulpverlener, wettelijk vertegenwoordiger) te maken met twee naast elkaar en door elkaar heen lopende toestemmingssystemen. De WGBO onderscheidt voor het geven van toestemming drie leeftijdscategorieën: tot twaalf jaar (alleen de ouders of voogd geven toestemming), van 12 tot en met 15 jaar (dubbele toestemming) en 16 jaar en ouder (toestemming door de jeugdige). Dit "WGBO-regime" is ook van toepassing op jongeren die onvrijwillig zijn opgenomen en een somatische of een psychiatrische behandeling ondergaan die niet gericht is op het afwenden van het gevaar waarvoor de jeugdige gedwongen opgenomen is.

Voor de behandeling van de geestesstoornis die het gevaar veroorzaakte dat de aanleiding voor de opname was (het Bopz-behandelplan) bij kinderen tot 12 jaar met een Bopz-titel, is het de ouder of voogd die toestemming verleent. Uit het systeem van de Wet Bopz volgt dat jongeren van twaalf jaar en ouder zelfstandig voor het Bopz-behandelplan toestemming behoren te geven.

De samenloop in het toestemmingensysteem⁴⁸ is zo ingewikkeld, dat het uitermate verwarrend uitwerkt. Dit blijkt uit de enquête en de interviews. In de leeftijdsgroep van 12 tot 15 jaar geven de cliënt en de ouders in de praktijk meestal gezamenlijk toestemming, ook wanneer het gaat om een Bopz-behandelplan. Ook bij jongeren boven de 16 jaar is het niet ongebruikelijk dat ouders mede toestemming verlenen; soms gebeurt dit wel en soms niet.

Dit in de praktijk ingewikkelde toestemmingenregime is bij lange na niet in alle protocollen goed en nauwkeurig toegelicht. In een protocol was de WGBO onjuist genummerd: op de wijze van het Oud BW (voor 1992). In een ander protocol wordt de opmerking gemaakt dat naarmate de behandeling ingrijpender is, de toestemming explicieter gegeven moet worden.

Meestal is het behandelplan op schrift gesteld en wordt het mondeling toegelicht, waarna de jeugdige en/of de ouders het behandelplan ondertekenen, zo blijkt uit de enquête. Bij de rondleiding over de afdeling wordt vaak de separeer getoond, zodat ouders - als ze met separeerverpleging instemmen - weten waarvoor zij toestemming voor geven.

Als gevolg van de moeilijke (crisis)situatie waarin de jongere en het gezin bij een gedwongen opname verkeren, en het feit dat de opname vaak de laatste strohalm is, is het geven van toestemming niet altijd vrij van pressie door omgeving en hulpverleners. Vaak is er weinig keus; is er geen andere plaats waar de jongere heen zou kunnen. De vrijwilligheid staat ook zwaar onder druk doordat eenzijdig ontslag bij een Bopz-opname nauwelijks mogelijk is: jeugdige en hulpverlener moeten het dan met elkaar doen. De onvrijwillig opgenomen jongere kan, zolang het gevaar niet is afgewend, niet worden ontslagen. In zeer uitzonderlijke situaties is overplaatsing naar een andere kliniek mogelijk.

Dwang

Het behoeft geen betoog dat de overgangen van vrijwilligheid naar drang en van drang naar dwang zeer geleidelijk kunnen zijn. Een praktijkvoorbeeld van drang: iemand met een grapje vrijwillig naar de separeer brengen om daar de nacht door te brengen. Vertegenwoordigers van een jongerenraad vinden dat dwang soms gerechtvaardigd

⁴⁸ Voor nuances en uitzonderingen zie: De Richtlijn, p. 16-24 en 27-28 en L.E. Kalkman-Bogerd, De minderjarige patiënt, In: J. Legemaate, De WGBO : Van tekst naar toepassing, 1995, p. 48-61

kan zijn: “Het ligt eraan hoe erg het is. Als iemand een gevaar voor zichzelf is, dan kan het nodig zijn. Het moet wel goed worden bekeken door de psychiater. Dwang is soms nodig voor patiënten die niet beseffen dat behandeling nodig is. Wel vinden we dat separatie te snel wordt gegeven.”

Sommige behandelaars bespreken uitgebreid met de jongere en de ouders welke stappen (interventies) er bij een escalatie genomen zullen worden om een kind of jongere rustig te krijgen. Een veel gebruikte methode is een stappenplan. Een stappenplan kan er als volgt uit zien. Als er sprake is van ongewenst en/of gevaarlijk gedrag, wordt eerst een of meerdere keren gewaarschuwd. Als dat niet helpt, worden de volgende stappen genomen:

- de jeugdige moet naar de eigen kamer en daar bijvoorbeeld naar muziek luisteren;
- de jeugdige moet naar de voorruimte van de separeer;
- de jeugdige gaat naar de open separeer;
- de deur van de separeer wordt gesloten.

Een ‘kort lijntje’ is ook mogelijk. Dit betekent dat degene die ongewenst gedrag vertoont, eventueel na een waarschuwing, direct wordt gesepareerd.

De typen interventies worden in diverse protocollen vaak kortweg ingedeeld in akkoord, nood en dwang. Ingeval van akkoord zijn de betrokkenen ingelicht over de mogelijkheid van de maatregel (bijvoorbeeld separeren, afzonderen, fixeren) al dan niet in de vorm van een stappenplan. Bij akkoord is er sprake van toestemming voor de interventie. Het komt ook voor dat na toepassing van middelen en maatregelen door ouders achteraf toestemming wordt gegeven. Dit is in strijd met het informed consent principe. Bij nood gaat het om een maatregel ex artikel 39 en bij dwangbehandeling om artikel 38 lid 5.

Intermezzo: veiligheid en gevaar

Veiligheid is een thema in de KJP: er wordt hier veel over gediscussieerd. Hulpverleners maken zich ernstige zorgen over de toenemende agressie van jeugdigen, die het afdelingsklimaat kan verzieken. Verpleegkundigen voelen zich soms angstig. Ik veronderstel dat dit ook geldt voor medepatiënten, maar daarover bestaat geen zekerheid aangezien ik geen gesprekken met de jeugdigen zelf heb kunnen voeren. Het is me tijdens rondleidingen opgevallen dat de leeftijdsverschillen op de Bopz-afdelingen zeer groot kunnen zijn. Een achttienjarige jongen met een volwassen postuur kan op een dertienjarig meisje zeer beangstigend overkomen. Dit alles beïnvloedt de inkleuring van het gevaarscriterium. Een angstig iemand neemt eerder gevaar aan, zo stelt een psychiater.

In veel, niet alle, protocollen, wordt uitgebreid ingegaan op het vermijden en hanteren van agressie. De noodzaak van het reguleren van agressie met behulp van hulpverleningstechnieken vloeit voort uit de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid. Een correcte bejegening is hierbij cruciaal, evenals de aanwezigheid van voldoende ervaren personeel, een goed klimaat op de afdeling en aandacht voor individuele problematiek, zo volgt uit de protocollen. De Inspectie pleit voor goede diagnostiek (zie paragraaf 3.4.1)

In sommige protocollen wordt beschreven hoe de patiënt, die wordt gesepareerd of afgezonderd, kan worden onderzocht op gevaarlijke voorwerpen (contrabande) en hoe deze - eventueel onder dwang - afgenomen mogen worden. In de protocollen wordt in het algemeen het volgende benoemd: de zakken worden leeg gemaakt (scherpe voorwerpen, aansteker), de sieraden afgedaan, evenals riem, schoenen en bril. In een protocol wordt beschreven dat een arts onder omstandigheden inwendig onderzoek mag verrichten. Dit is in strijd met artikel 36, waarin bepaald wordt dat van een patiënt met een Bopz-titel “slechts de voorwerpen worden ontnomen die een gevaar kunnen opleveren voor zijn veiligheid of de goede gang van zaken in het ziekenhuis. De patiënt kan

daartoe aan zijn kleding of aan (dus niet: in) het lichaam worden onderzocht". Een ander protocol stelt dat inwendig onderzoek mogelijk is na toestemming van de betrokkene.

De protocollen zijn - in het algemeen - summier over de praktische invulling van het gevaarscriterium. In een protocol komt de volgende omschrijving voor: "Van ernstig gevaar is pas sprake als de patiënt niet meer toegankelijk is voor beïnvloeding en een ernstig gevaar oplevert (daadwerkelijk destructief gedrag). Dit moet worden aangetoond door concreet beschreven feiten, waaruit blijkt dat sprake is van direct of indirect gevaar voor de eigen persoon of anderen. Tevens moet worden aangegeven dat het gevaar niet op een minder ingrijpende manier afgewend kan worden."

Verzet

Door verzet, verbaal of non-verbaal, in welke vorm dan ook, wordt de toestemming voor de behandeling ingetrokken. Op grond van artikel 7:465 lid 6 BW mag verzet van een wilsonbekwame persoon tegen een verrichting van ingrijpende aard alleen genegeerd worden als de handeling kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Een afdelingshoofd over de moeilijkheid om verzet te interpreteren: "Verzet accepteren we, bijvoorbeeld als iemand zegt: ik wil hier niet zijn, en die persoon is voor rede vatbaar. Als iemand in een woedeaanval hetzelfde zegt, dan komt het vaak voor dat hij, als de bui weer over is, zegt dat hij best wil blijven. Maar als hij na een nacht slapen hier echt niet meer wil zijn, dan is er wel degelijk sprake van relevant verzet. Een en ander hangt ook af van de vraag of er voor die jongere opvang is. We hebben immers een zorgplicht." Deze zorgplicht is gestoeld op de WGBO-norm van een goed hulpverlener.

Verzet kan ook non-verbaal geuit worden door weg te lopen. Een groepsleider vertelt over deze vorm van verzet: "De deur uitlopen is een actie van verzet of een uiting van onvrede. Het komt voor bij suïcidaliteit en ook als vorm van manipuleren. Soms loopt een (jong) kind mee weg met een ander kind, bijvoorbeeld omdat het spannend is of omdat het oudere kind dat graag wilde en het jonge kind geen nee durfde te zeggen. Soms is weglopen een vorm van oudertje pesten. Tot drie jaar geleden gingen we erachteraan en dan was weglopen heel spannend. Vanaf 8 jaar worden de kinderen wat dit betreft op hun eigen verantwoordelijkheid gewezen. Een 4-jarige houdt je op opvoedkundige gronden binnen. Vooral 's avonds en 's nachts is dit een lastig probleem. Eigenlijk is weglopen een hulpvraag. We houden het alleen tegen als er gevaar is. Als er geen direct gevaar is, dan beschouwen we het weglopen als ageren tegen de behandeling. Er is een spanningsveld tussen je eigen onmacht en je verantwoordelijkheidsgevoel. Je voelt je soms angstig en machteloos en dan zet je CFB-technieken in (Controle Fysieke Beheersing, zie paragraaf 3.3.3)."

Uit gesprekken met behandelaars kan de conclusie worden getrokken dat verzet niet spoedig wordt erkend, zeker niet tijdens een escalatie. Wel wordt het verzet zoals dat tijdens de escalatie tot uiting kan komen, als de rust weer hersteld is, nabesproken. Daar in het onderzoek geen cliënten zijn geïnterviewd, is hierover geen exacte duidelijkheid verkregen. Een patiëntenvertrouwenspersoon vatte de interpretatie van verzet in de praktijk aldus samen: "Van verzet wordt een puberfactor afgetrokken." Opvallend is dat de hoofdinspectie - terecht - geen eisen aan de aard van het verzet stelt, maar dat twee regionale inspecteurs wel juridische eisen aan verzet stellen: verzet moet in hun visie structureel, consistent en overwogen zijn (zie verder paragraaf 3.4.1).

Wilsonbekwaamheid

Uit de enquête, door de bestudering van de protocollen en de interviewverslagen is naar voren gekomen, dat het juridische begrip wilsonbekwaamheid bij jeugdigen nauwelijks een rol van betekenis speelt. Een verpleegkundige ziet het zo: "Ouders en kind zijn communicerende vaten. Soms zeg ik: als ik niet met jou kan praten, dan praat ik met je ouders. En als dat niet kan, met de gezinsvoogd. Het toetsen van wilsonbekwaamheid is buitengewoon moeilijk, met name bij adolescenten van 16 jaar en ouder. Je hebt te maken met zich ontwikkelende mensen". Een geneesheer-directeur over de moeilijkheidsgraad van het begrip wilsonbekwaamheid: "Een wilsonbewaamheidsverklaring geven we in principe niet af. Ik neem ook wel eens beslissingen waarvan ik de gevolgen niet helemaal kan overzien." Als het dan toch besloten wordt een jeugdige wilsonbekwaam te verklaren, spelen, zo blijkt uit de enquête, de volgende overwegingen een rol:

- De realiteitszin ontbreekt als gevolg van een psychotische toestand.
- Door psychisch disfunctioneren is een weging van het eigenbelang niet mogelijk, terwijl er wel behandeld moet worden in verband met een gevaarlijke situatie in de zin van de Wet Bopz.
- Er is sprake van een ernstige stoornis in de reality testing of van mentale retardatie.
- De betrokkene is opgenomen met een indicatie ex artikel 60 (bereidheid noch bezwaar).

De werkgroep 'Wilsonbekwaamheid' stelt dat een patiënt als wilsbekwaam kan worden beschouwd "als hij er blijk van geeft de op zijn bevattingvermogen afgestemde informatie te bevatten naar de mate die voor de aard en reikwijdte van de aan de orde zijnde beslissing noodzakelijk is."⁴⁹ De door behandelaars gehanteerde criteria lijken meer uit te gaan van het ziektebeeld van de jongere dan van het vermogen informatie te begrijpen.

In maar weinig protocollen is een goede uitleg van het begrip te vinden. In een protocol wordt - terecht - nadrukkelijk gesteld dat het een misvatting is te denken dat mensen met een bepaalde diagnose per definitie wilsonbekwaam zijn. In deze nota wordt ook ingegaan op de vraag wat te doen als er geen vertegenwoordiger beschikbaar is. Dan beslist de arts, aldus dat protocol. De juridisch juiste weg zou zijn om ervoor te zorgen dat er alsnog een vertegenwoordiger wordt gevonden of benoemd.

Uit de gesprekken met behandelaars kan worden geconcludeerd dat het bepalen van wilsonbekwaamheid extra moeilijk is bij jeugdigen met zowel een psychiatrische ziekte als een verstandelijke handicap. Een psychiater hierover: "Je kunt licht verstandelijk gehandicapten heel makkelijk overhalen. Niet alles is uit te leggen. Soms zijn hun ouders ook niet slim en dan klinkt er iets van door van: wij weten het beter. En soms zeggen ouders: sluit maar op, dat doen wij thuis ook."

Gezinsvoogd

De inbreng van de gezinsvoogd bij het proces van informed consent is zeer wisselend. Er zijn behandelaars die alleen met de gezinsvoogd besprekingen voeren als de ouders en /of het kind daar toestemming voor hebben gegeven. Daarbij werd tijdens de gesprekken wel een kanttekening gemaakt: de gezinsvoogd heeft zo'n zware caseload dat hij de beslissingen maar al te graag aan de hulpverleners overlaat. Gezinsvoogden denken meer vanuit het kader van de jeugdhulpverlening, waarin het bestwilcriterium centraal staat. Als ouders zich niet (meer) bij hun zoon of dochter betrokken voelen, is er een gezagsvacuüm. Hulpverleners vragen dan liever toch aan de gezinsvoogd

⁴⁹ Werkgroep wilsonbekwaamheid, Handreiking voor de beoordeling van wilsonbekwaamheid, Den Haag, 1994.

toestemming. Ontheffing of ontzetting uit de het ouderlijk gezag wordt voor die situatie als een te zware maatregel gezien. De gezinsvoogd heeft echter geen zelfstandig inzagerecht en is ook geen vertegenwoordiger in de zin van de WGBO en de Wet Bopz.

Zelfbindingsverklaringen

Een bijzonder type overeenkomst is de zelfbindingsverklaring, een onherroepelijke positieve wilsverklaring gericht op psychiatrische dwangbehandeling. De betrokkene verklaart dan – bijvoorbeeld - schriftelijk dat hij ingeval van een psychose bepaalde medicatie toegediend wil krijgen, eventueel tegen zijn actuele wil. Hiermee wordt in de KJP incidenteel gewerkt. Het gaat dan bijvoorbeeld om het toedienen van lithium en antipsychotica in een ontremd psychotische fase. Het werken met een zelfbindingsovereenkomst is – zeker in de KJP - niet zonder juridische en ethische problemen en voornog zonder wettelijke grondslag niet rechtsgeldig. Van de Klippe gaat in op rechts-waarborgen.⁵⁰ De patiënt moet de situatie van wilsonbekwaamheid al eenmaal of meerdere malen hebben ondervonden. Daarnaast stelt zij voorwaarden aan de totstandkoming van de verklaring (bekwaamheid, informatie, vrijwilligheid, verplichte aanwezigheid van een neutrale buitenstaander). Ook stelt zij eisen aan de inhoud van de zelfbindingsverklaring. Zelfbindingsverklaringen die tijdens een onvrijwillige opname totstandkomen zijn naar de mening van Van de Klippe niet rechtsgeldig, omdat de context van onvrijwilligheid te veel drang met zich meebrengt. In de KJP is extra zorgvuldigheid geboden, omdat bij jongeren de vrijwilligheid sterk onder druk kan staan. Ook hebben jongeren over het algemeen gesproken niet zo vaak een episode van wilsonbekwaamheid meegemaakt als een volwassene.

Conclusie

De samenloop van de regelingen van toestemmingverlening in de WGBO en de Wet Bopz is voor de KJP zo ingewikkeld, dat het - ofschoon bijna niemand erover klaagt - nagenoeg onwerkbaar is en vaak onjuist wordt toegepast. Ouders of voogd van kinderen tot 12 jaar met een Bopz-titel verlenen in de praktijk toestemming voor behandeling ter afwendig van gevaar dat de aanleiding voor de opname was en dat voortvloeit uit een geestesstoornis (het Bopz-behandelplan). Dit is conform de wet. In de leeftijdsgroep van 12 tot en met 15 jaar geven de cliënt en de ouders in de praktijk meestal gezamenlijk toestemming, ook wanneer het gaat om een Bopz-behandelplan. Bij jongeren boven de 16 jaar is het ook niet ongebruikelijk dat ouders hiervoor mede toestemming verlenen. Ingevolge het systeem van de Wet Bopz behoren jongeren boven de twaalf jaar met een Bopz-titel voor een Bopz-behandelplan zelfstandig toestemming te geven en is toestemming van de ouders of voogd niet vereist. Het onderscheid tussen het Bopz-behandelplan en het WGBO-behandelplan komt in de praktijk niet altijd goed uit de verf.

Als gevolg van de moeilijke (crisis)situatie, waarin de jongere of het kind en het gezin bij opname verkeren en het feit dat de opname vaak de laatste strohalm is, is de gegeven toestemming niet altijd vrij van pressie. Het juridische begrip wilsonbekwaamheid speelt in de praktijk nauwelijks een rol van betekenis. Dit is opmerkelijk, omdat ouders soms mede toestemming geven in situaties waarin dat juridisch niet vereist is. Verzet wordt, anders dan de wetgever heeft bedoeld, niet snel erkend. Sommige regionale Inspecteurs stellen, in afwijking van de geneeskundige hoofdinspectie, aan verzet de eis dat het structureel, overwogen en consistent moet zijn. De interpretatie van verzet

⁵⁰ Van de Klippe 1997, p. 255-257.

heeft directe gevolgen voor de rechtspositie van de cliënt. Als een jongere zich tegen een middel of maatregel verzet, is er geen sprake meer van een M & M akkoord, dat wil zeggen een maatregel waarvoor toestemming is gegeven. Dan is de Wet Bopz van toepassing en dient bij voortzetting van de maatregel een Bopz-titel te worden aangevraagd. In de praktijk blijkt het een hoge drempel om een IBS of een RM aan te vragen. Er is in de praktijk onduidelijkheid over de vraag of en in hoeverre de gezinsvoogd de jongere kan vertegenwoordigen. Het komt voor dat de gezinsvoogd bij een ondertoezichtgestelde jeugdige in het overleg betrokken wordt en plaatsvervangende toestemming verleent. Dit staat op gespannen voet met de vertegenwoordigingsregelingen in de WGBO en de Wet Bopz. Incidenteel wordt met zelfbindingsverklaringen gewerkt. Deze hebben momenteel geen wettelijke grondslag.

3.3.2 Dwangbehandeling

Onder dwangbehandeling wordt verstaan het uitvoeren van een behandelingsplan zonder toestemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger of bij verzet van de cliënt. Ingevolge artikel 38 lid 5 moet het gaan om een behandeling die volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens af te wenden. Uit de gegevens van Bopzis-2 blijkt dat het aantal aan de Inspectie gemelde dwangbehandelingen toeneemt. In 1996 werden er 34 dwangbehandelingen gemeld en in 2000 bedroeg dit aantal 122. Uit een vergelijking van de cijfers van Bopzis-2 met de door de enquête verkregen gegevens kan worden afgeleid dat er waarschijnlijk sprake is van een ondermelding bij de Inspectie.

Tabel 1: aantal dwangbehandelingen 1996-2000.

	1996	1997	1998	1999	2000
Aantal Dwangbehandelingen	34	46	66	86	122

Bron: Bopzis-2

De reden voor dwangbehandeling werd niet altijd gemeld. Van 261* dwangbehandelingen in de periode 1998 tot juni 2001 is de reden wel opgegeven. In 48 % van de gevallen ging het om gevaar voor de eigen persoon; in 32 % van de dwangbehandelingen was er sprake van gevaar voor anderen. In 20 % van de situaties ging het om een reden die niet door de wet wordt genoemd en derhalve als grond voor dwangbehandeling niet is toegestaan: gevaar voor materieel.

Alle dwangbehandelingen van 1996 tot juni 2001 (n=471) leveren bij elkaar het volgende beeld op. Veertig procent van de dwangbehandelingen hebben op jongens betrekking en zestig procent op meisjes. De leeftijdsverdeling is als volgt:

Tabel 2: aantal dwangbehandelingen 1996 tot juni 2001, verdeeld naar leeftijd. Van 381* dwangbehandelingen is bekend welke leeftijd de betrokkene heeft.

Leeftijd	Percentage dwangbehandelingen 1996-juni 2001 (n= 381)
Jonger dan 12 jaar **	3 %
12 jaar	4 %
13 jaar	4 %
14 jaar	11 %
15 jaar	25 %
16 jaar	20 %
17 jaar	33 %

* De cijfers lopen uiteen, omdat deze op verschillende periodes betrekking hebben of omdat niet in alle gevallen het type gevaar en de leeftijd was geregistreerd.

** Voor kinderen onder de 12 jaar is melden niet verplicht.

Bron: Bopzis-2

Methoden van dwangbehandeling

De methoden van dwangbehandeling zijn dezelfde als de in artikel 39 genoemde middelen en maatregelen. Dit blijkt ook uit de protocollen. In een protocol wordt echter gesteld: "Bij de toepassing van dwangbehandeling is geen limitatieve lijst van interventies gegeven welke kunnen of mogen worden toegepast. Zolang de therapeutische interventies maar in het behandelingsplan zijn opgenomen en kunnen dienen ter afwendend van gevaar en passen in de medisch-professionele standaard, kunnen zij onder dwang worden toegepast."

Verreweg de meest voorkomende vormen van dwangbehandeling zijn separatie en afzondering: in 80 % van de dwangbehandelingen gaat het om separatie of afzondering. Het verschil wordt hierna toegelicht. Gedwongen toediening van vocht en voeding kwam het minst voor.

De beslissing wordt door de behandelend psychiater genomen, bijna altijd na overleg met een collega en het team, en indien mogelijk de ouders.

Tabel 3: methoden van dwangbehandeling 1996- juni 2001 (n=471)

Methode	Percentage dwangbehandelingen 1996-juni 2001 (n= 471)
Separatie	65 %
Afzondering	15 %
Fixatie	5 %
Medicatie	12 %
Gedwongen vocht en voeding	3 %

Bron: Bopzis-2

Separatie

Een veel voorkomende vorm van dwangbehandeling is een separeerprogramma. De aanleiding kan bestaan uit riskant gedrag, zich uitend in zelfmoordneigingen of automutilatie. "Het gaat om kinderen en jeugdigen", aldus een protocol, "die niet in staat zijn veiligheid voor zichzelf of hun omgeving te garanderen. Het gaat hierbij om patiënten die ernstige tekorten vertonen op het gebied van psychisch functioneren (impulscontrole en realiteitsoriëntatie) en de daaruit voortvloeiende tekorten op het gebied van communicatief, sociaal en fysiek functioneren." Als de betrokkene zich dan niet aan de afspraak

ken met betrekking tot de veiligheid kan houden, wordt een separatieprogramma met een mobilisatieschema opgesteld. Het separeerprogramma is erop gericht om de omgevingsprikkels te beperken in de hoop dat het weer mogelijk wordt om afspraken te maken over gewenst gedrag. Begeleid separeren komt zelden voor.

Een fictief voorbeeld van een separeerprogramma:⁵¹

- Over de dag verspreid zijn er zeven rusttijden van een à anderhalf uur in de separeer in de standaard separatie-uitrusting (scheurdekens en scheurjurk). De nacht wordt in de separeer doorgebracht.
- De maaltijden worden in de voorruimte gebruikt.
- De betrokkene mag drie maal een half uur thee drinken op de groep.
- Douchen en toiletgebruik vinden plaats in het sanitair bij de voorruimte, soms met de deur op een kier.
- Er zijn voorwaarden voor mobilisatie. Bij verbale agressie, gillen of schreeuwen volgt een waarschuwing. Bij de tweede waarschuwing, of indien de verpleegkundige de situatie onveilig inschat, wordt de mobilisatie afgebroken. Het is alleen mogelijk om tijdens mobilisatie op de groep post te ontvangen.⁵²
- Volgens een stappenschema worden de mobilisatietijden uitgebreid en de separeertijden steeds korter, totdat het rusten in de separeer is afgebouwd.
- Om de dag wordt geëvalueerd.

Uit de met ouders gevoerde gesprekken is naar voren gekomen dat het afbouwen van de separeertijden zeer langzaam kan geschieden, niet stap voor stap, maar “teen voor teen”. De reden hiervan is dat de behandelaars bang zijn voor een nieuwe crisis met het risico van terugval. In de beleving van ouders staat tijdens separatie het genezingsproces stil en gebeurt er niets met hun kind. Het is voor een jurist moeilijk te beoordelen hoe deze behandelinhoudelijke overwegingen zich verhouden tot het criterium “volstrekt noodzakelijk ter afwending van ernstig gevaar”. Vermoedelijk is er wel enige spanning tussen de feitelijke gang van zaken en de juridische norm: het oordeel dat er geen sprake meer is van gevaar is veel minder geoperationaliseerd dan het gevaarscriterium. Op een na zagen de door mij bezochte separeers er verzorgd uit. In een separeer stonk het; de lucht was niet te identificeren. De communicatie verloopt langs verschillende wegen. Bijna altijd is er video- en audiobewaking en een oproepsysteem dat naar wens in- of uitgeschakeld kan zijn. In sommige instellingen is het de gewoonte om toestemming te vragen voor het gebruik van de videocamera. Een oproepsysteem kan door middel van een geluid- of lichtsignaal worden gebruikt. Als de gesepareerde het te bont maakt met bellen, wordt de bel wel eens uitgezet. Afhankelijk van de technische voorzieningen is er dan geen contact meer mogelijk, soms nog wel via een lichtsignaal. In de meeste protocollen wordt aanbevolen regelmatig, variërend van elke 15 minuten tot 1 uur te controleren hoe het gaat; dit hoeft niet via een face-to-face contact, maar kan ook door het raampje in de deur of via de camera. In de meerderheid van de bezochte separeerkamers hangt een A-viertje met puntsgewijs de rechten van iemand die is gesepareerd. Verder is meestal een klok en een schoolbord aanwezig. In de meeste protocollen wordt beschreven dat alles wat gevaarlijk is afgegeven dient te worden (zie hierboven intermezzo veiligheid en gevaar). Bij gevaar voor suïcide en/of automutilatie wordt scheurkleding en scheurlinnen gebruikt. Een protocol stelt dat naakt separeren in beginsel niet is toegestaan: “In uitzonderlijke gevallen kan een cliënt ongekleed in de separeer verblijven, bijvoorbeeld bij suïcidaliteit met strangulatie-risico.” Het Centraal Medisch Tuchtcollege hanteert als uitgangspunt dat naakt separeren in

⁵¹ In de door mij geziene separeerprogramma's is niet voorzien in het onder begeleiding naar buiten gaan. Zie over 'luchten': Pvp krant september 2001, p.1-4 en 11-12.

⁵² Dit is in strijd met artikel 40 lid 1: het ontvangen van post mag niet worden beperkt. Alleen controle op meegezonden voorwerpen is toegestaan. Stel dat deze patiënt niet op de groep mag komen, dan kan zij ook geen post ontvangen.

beginsel niet is toegestaan, tenzij bijzondere omstandigheden deze maatregel onvermijdelijk maken.⁵³ Legemaate stelt in de noot onder deze uitspraak dat voor de minst ingrijpende maatregel gekozen dient te worden en de psychiater op grond van de WGBO-maatstaf van de zorg van een goed hulpverlener verantwoordelijk is voor de aanwezigheid van scheurkleding.

In een ander protocol werd gesteld dat het in principe niet de bedoeling is dat de nachtverpleegkundige de separeer ingaat. Ook wordt in een protocol beschreven dat bij een patiënt, die erg gevaarlijk is, de mogelijkheid bestaat om het onderlichaam van die patiënt in een laken te wikkelen, zodat de hulpverleners de tijd hebben om weg te komen. Slechts enkele protocollen gaan in op het gevaar van sociale deprivatie bij degene die wordt gesepareerd. Aandacht voor dit onderwerp is gewenst op grond van het recht van een kind zich te ontwikkelen (artikel 6 van het Verdrag inzake de rechten van het kind). In een enkel protocol werd aanbevolen om als de veiligheid het toelaat onder begeleiding een wandeling te maken.

Afzonderen

Er is geen principiële verschil tussen separeren en afzonderen; het is een gradueel verschil. Een afzonderingsruimte is prikkelarm ingericht; een separeer bevat alleen een bed. Afzonderen komt volgens de behandelaars vooral voor in kinderklinieken (voor kinderen tot 12 jaar). De reden van afzondering is vaak dat het kind zodanig "door het lint gaat", of agressief is, dat het een prikkelarme ruimte nodig heeft. Het was voor mij als buitenstaander - zonder de mogelijkheid van het voeren van gesprekken met kinderen en jongeren of het doen van participerende observatie - onmogelijk te beoordelen in hoeverre bij afzondering voldaan wordt aan het criterium volstrekt noodzakelijk te afwijking van ernstig gevaar.

Sommige klinieken hebben geen goedgekeurde separeer en dan is afzonderen de enige optie. Een groepsleider bracht het volgende dilemma ter sprake: "Op de groep is een afzonderingsruimte die niet voldoet aan eisen die er aan gesteld mogen worden. Doch het instellingsbeleid is dat hij wel moet worden gebruikt. Een jongere slaapt al dan niet vrijwillig in een afgesloten afzonderingsruimte. Een Bopz-procedure wordt niet in gang gezet. De personele bezetting laat niet toe dat je bij een kind blijft als deze afgezonderd wordt. De afzondering gebeurt wel. Wie draagt hier de verantwoording?" Er zijn in de beleving van groepsleiders meer problemen met afzonderingsruimtes. In een bijeenkomst met groepsleiders uit diverse instellingen werd het voorbeeld aangedragen van een meisje dat zichzelf beschadigt: "Ze voelt zich onveilig en heeft structuur nodig. Ze moet 3 à 4 maal per week in de afzonderingskamer (met de deur op slot) alwaar geen alarmeringsmogelijkheid is en de pieper horen we niet, omdat we slaapdienst hebben. Dit staat in het behandelplan. Ik heb niet de behandelverantwoordelijkheid, maar moet het wel uitvoeren. Ook wil ik 's nachts slapen, want om 7 uur moet ik weer paraat staan. Dit wringt: volgens de Nota van Toelichting bij het Besluit middelen en maatregelen brengt goede zorg met zich mee dat op de een of andere manier is voorzien in doorlopend toezicht."⁵⁴

Separeren, al dan niet begeleid, bij kinderen onder de twaalf jaar

Separeren bij kinderen onder de twaalf jaar komt incidenteel voor, ook al wijst de Inspectie dit af. De Minister van VWS heeft in antwoord op kamervragen gesteld dat zonder begeleiding separeren van jeugdigen jonger dan 12 jaar ongewenst is, omdat

⁵³ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 14 december 2000, BJ 2001/34 met noot J. Legemaate onder BJ 2001/35

⁵⁴ Stb. 1996, 563.

het volgens de psychiatrische vakliteratuur ernstige scheidingsangst tot gevolg kan hebben.⁵⁵ Zij vindt dat de zorgvuldigheidseisen met zich meebrengen dat separeren van jeugdigen in het algemeen onder begeleiding geschiedt. In de Richtlijn wordt geadviseerd jeugdigen jonger dan 12 jaar niet te separeren en afzondering en separatie altijd begeleid toe te passen.⁵⁶

De realiteit is echter weerbarstig, aldus een psychiater: “Een voorbeeld is de casus van een elfjarige jongen met een impulscontrolestoornis. Dit kan leiden tot uitputting bij de medewerkers, waardoor ze in de Ziektewet terecht kunnen komen. Medicatie ophogen is geen alternatief, want dan wordt hij suf. Eenzijdig ontslag is met het oog op de publieke taak van een instelling voor KJP ook geen goede weg. Een kind met een infectieziekte mag wel door een kinderarts gesepareerd (boxenverpleging) worden, maar als dit in de KJP nodig is, gaan sentimenten een te grote rol spelen.”

Separatie is een hard gelag voor ouders. Voor een ouder die voor het eerst een separeer ziet, is het idee dat jouw kind daarin moet schokkend. Een moeder van een zoon van 11 jaar, die aan een ernstige psychiatrische ziekte lijdt, vertelt hierover: “We moeten wat minder juridisch en wat meer vanuit de zorg kijken. De regel dat onder de 12 jaar niet gesepareerd mag worden is niet reëel. Je moet kijken naar het gedrag en niet naar de leeftijd. Jongere kinderen, onder de 12, hebben soms ook de veiligheid van de separeer nodig. Op papier mist alles zijn effect. Het gaat erom, wat gebeurt er met een kind. Harmen (een fictieve naam) wordt ongeveer 3 tot 5 maal per week kortdurend gesepareerd. Het gebeurt als hij volledig in de war is; hij is dan in paniek en overziet het niet meer. Hij draaft dan steeds verder door. Hier heeft hij zelf ook veel last (hinder) van. Hij gaat dan schreeuwen, gooien, dingen kapot maken. Kortom, hij is volledig in de war. Hij heeft zelfs een keer een groepsleider verwond. Ik vind dit zo erg - voor Harmen zelf en voor mij als ouder. Ik vond het ook erg voor de groepsleider. Je schaamt je als ouder hiervoor. Harmen en ik moeten hiermee verder. Op het moment dat dit gebeurde was Harmen ogenschijnlijk rustig. Het gebeuren geeft aan hoe ‘gevaarlijk’ en onberekenbaar deze kinderen kunnen zijn. In de separeer is hij veilig, doet hij een ander niets. Hij kan er moeilijk over praten. Toen hij jonger was had hij geen moeite met de separaties, vroeg er zelfs soms om (het gaf veiligheid), maar nu wordt hij angstig van de separaties en begint hij het erg te vinden. Hij ervaart het als straf. Een separeer is een ruimte waarin iemand zich zou moeten veilig voelen, waardoor hij uit zijn moeilijke moment kan komen. Menselijk contact werkt averechts. Zijn werkelijkheid is anders, dit is doodeng. Iemand in de buurt versterkt je angst juist. Hij moet niet iemand zien die hem vertelt dat alles anders is. Hij komt tot rust door zo min mogelijk prikkels te ontvangen. Alles raast in zijn koppie door elkaar.” Op dit moment is er bij deze elfjarige jongen nog geen sprake van dwangbehandeling in juridische zin. Uit het gesprek met de moeder bleek dat hij dit zelf de laatste tijd wel zo ervaart. Wanneer hij twaalf jaar is geworden, zal de moeder een RM aanvragen en wordt zijn behandeling wel formeel als dwangbehandeling gekwalificeerd.

Fixatie

Fixeren is het op enigerlei wijze beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden. Dit omvat niet alleen vastbinden, maar iedere vorm van vasthouden waardoor betrokkene in zijn bewegingen wordt belemmerd. Fixatie als dwangbehandeling komt voor bij van zeer ernstige automutilatie, ernstige agressie jegens anderen, heftige psychomotore onrust of impulsiviteit. Het kan in uitzonderlijke situaties om een langdurige behandeling (enkele weken) gaan, waarbij het moment van beëindigen moeilijk te

⁵⁵ Aanhangsel handelingen TK 1998-1999, 1439.

⁵⁶ Richtlijn p. 37, 42 en 52.

bepalen is. Een meisje dat (vanwege automutilatie) drie weken werd gefixeerd is met behulp van een lolly van het fixeren afgekomen: als er een polsband werd losgemaakt, kreeg ze om te voorkomen dat ze zich opnieuw zou verwonden een lolly in de hand. De meest gebruikte middelen voor fixatie zijn: Zweedse band (heupband, onrustband), pols- en enkelbanden. Een nieuw soort fixatiemateriaal is een net dat over het kind heen gaat en waarbij het hoofd wordt vrijgehouden. De nek wordt beschermd met een schapenvacht. Het net wordt bevestigd aan de zijkanten van het separeerbed. In een instelling voor jeugdigen met psychiatrische problemen en een verstandelijke handicap worden twee jonge kinderen iedere avond gefixeerd met behulp van een vestje. Een verpleegkundige vertelt hierover: "Een kind met een laag IQ, gaat 's nachts in een vestje. Hij is bang voor spoken en het vastliggen geeft hem fysieke rust. Je kunt het vergelijken met een baby die je stevig instopt. Een ander kind krijgt een vestje, omdat hij steeds andere kinderen ging lastig vallen. Alleen op een kamer was geen oplossing, want de aanwezigheid van de andere kinderen maakt hem juist rustig." Strikt juridisch is in deze situaties geen sprake van dwangbehandeling, omdat de kinderen jonger dan 12 jaar zijn, en de ouders toestemming hebben gegeven. Fixeren is een risicovolle handeling. Het kan, indien de fixatie ondeskundig is uitgevoerd, een zeer gevaarlijke techniek zijn. Lang niet alle protocollen beschrijven hoe de techniek veilig kan worden uitgevoerd. Dit is echter nodig, omdat enkele jaren geleden een met een onrustband gefixeerde (volwassen) patiënte dood is aangetroffen, nadat op de monitor was waargenomen dat zij op de knieën naast het bed zat met het bovenlichaam voorover.⁵⁷ Fixeren brengt, naast het risico van strangulatie, ook risico's met zich mee die te maken hebben met de algemene gevaren van bedverpleging. De meeste protocollen besteden geen aandacht aan de risicoafweging tussen het gevaar dat voortvloeit uit de geestesstoornis en de gevaren die aan het fixeren zijn verbonden.

Dwangmedicatie⁵⁸

Bij kinderen en jongeren is men terughoudend met medicatie, omdat er bijwerkingen mogelijk zijn en omdat het ingrijpend is. Hoe ingrijpend dwangmedicatie is vertelt een verpleegkundige: "Gedwongen medicatie in de separeer is heel traumatisch. Je ligt dan op je buik in de separeer en er wordt dan door zes mensen een injectie gegeven. De laatste keer dat dit gebeurde is zes jaar geleden."

In de protocollen wordt nauwelijks ingegaan op de gronden voor dwangmedicatie ofwel de gronden worden vaag omschreven. In een protocol worden voorbeelden uit de jurisprudentie genoemd. Volgens dit protocol moet de patiënt niet meer toegankelijk zijn voor begeleiding en een ernstig gevaar voor zichzelf of anderen zijn. Dit hoeft niet acuut te zijn, maar het gevaar moet zich wel binnen het ziekenhuis manifesteren. Depotmedicatie (per injectie) mag pas worden ingespoten als orale medicatie (via de mond) is geweigerd.⁵⁹

Er wordt, zo veel op te maken uit de met behandelaars gevoerde gesprekken, zeer wisselend gedacht over de vraag of medicatie een alternatief is voor (langdurige) separatie. Sommige psychiaters mijden bij voorkeur medicatie bij jongeren in verband met de soms ernstige bijwerkingen. Een moeder bracht in een gesprek naar voren dat in haar ogen de autonomie van haar zoon door de zware medicatie was aangetast. Een enkele maal is dwangmedicatie een manier om een langdurige separatie te door-

⁵⁷ Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 20 februari 2001 Pub. 243/244 Stort. 27 februari 2000, nr. 41, p. 8; BJ 2001/35.

⁵⁸ Zie voor de middelen: A.P.M. van Strien, Crisismanagement: Agressie, In: F.C. Verhulst, Adolescentenpsychiatrie, 2000, p. 332-333. Annie M.G. Schmidt heeft in 'Otje' prachtige namen bedacht voor medicatie om mensen 'uit de war te halen': Falderal, Halsigeen, Denderon, Tranidal, Miximax.

⁵⁹ Een intramusculaire injectie is vooral pijnlijk, indien deze in een aangespannen spier wordt toegediend (in geval van verzet).

breken. Een groepsleider herinnert zich:” Een jongen van 16 jaar was 3 maanden in de separeer. Hij wilde hier niet zijn, maar was als gevolg van een schizofrene ontwikkeling erg psychotisch. Hij leed aan één grote psychose en kwam uit de volwassenenpsychiatrie. Hij was een alleenstaande minderjarige asielzoeker en had met stenen naar auto's gegooid. De jongen vertelde afschuwelijke verhalen, maar die verhalen klopten niet. De separatie duurde zo lang. Achteraf bezien zijn we te laat met dwangmedicatie begonnen; het had eerder gekund. We willen jongeren het liefst zo weinig mogelijk medicatie geven en dan nog het liefst oraal. Uiteindelijk kreeg de jongen anti-psychotica en was hij binnen twee weken uit de separeer.”

Toedienen van vocht en voeding

De reden is voor toediening van vocht en voeding is dehydratie en/of ernstig gewichtsverlies, vaak als gevolg van anorexia nervosa. Het komt ook voor dat iemand stemmen hoort die verbieden om te eten. De interpretatie van gevaar bestaat in deze situaties uit somatische overwegingen. Het vocht en de voeding worden door middel van een maagsonde toegediend, in een uitzonderingsgeval is hypodermoclyse of infuustherapie nodig. De plaats van toediening is het algemeen ziekenhuis of de (open) separeer. Als de jongere zich verzet, wordt ze soms gedurende de handeling gefixeerd. Ook wordt in een uitzonderingssituatie daarbij tegelijkertijd medicatie toegediend. Dan is er sprake van viervoudige dwang: separatie, fixatie, medicatie en toediening van vocht en voeding.

Ruim de helft van de 381 geregistreerde dwangbehandelingen (54 %) duurde in de periode 1996- juni 2001 minder dan een dag of een dag. In deze periode zijn echter ook langdurige dwangbehandelingen gemeld: 24 dwangbehandelingen (6 %) die langer dan een half jaar duren.

Conclusie

Dwangbehandeling komt voor, waarschijnlijk niet op grote schaal, en volgens de gegevens van Bopzis-2, vooral bij jongeren van 15 jaar en ouder. Opvallend is dat meer meisjes (60 %) dan jongens dwangbehandeling ondergaan. Of een behandeling als dwangbehandeling wordt gekwalificeerd hangt af van de interpretatie van verzet en verzet wordt niet snel erkend. Dit is niet in overeenstemming met de bedoeling van de wetgever. Het was bijzonder moeilijk de praktische invulling van het criterium 'volstrekt noodzakelijk ter afwending van ernstig gevaar' te expliciteren. Vaak komt het erop neer dat de behandelaar geen uitweg meer ziet, omdat de betrokkene niet (meer) te beïnvloeden is; hierbij spelen bestwilelementen een rol. Het verschil tussen gevaar en ernstig gevaar komt in de praktijk niet uit de verf. Het (ernstige) gevaar bestaat meestal uit destructief en agressief gedrag, gevaar voor suïcide, automutilatie. In 20 % van de bij de Inspectie gemelde dwangbehandelingen lag de grond voor de dwangbehandeling in een reden die niet door de wet wordt genoemd en derhalve als grond voor dwangbehandeling niet is toegestaan: gevaar voor materieel. De meest voorkomende vormen van dwangbehandeling zijn separeren in de vorm van een separeerstappenplan en in mindere mate afzonderen en medicatie. De reden voor afzondering kan zijn dat men een prikkelarme omgeving voor het kind wenst, soms mede om opvoedkundige redenen. Bij fixeren spelen bestwilelementen mede een rol bij de interpretatie van het gevaarscriterium. Het toedienen van vocht en voeding geschiedt op somatische gronden: dehydratie en/of ernstig gewichtsverlies. In die situaties is wel sprake van ernstig gevaar. Uit een vergelijking van de cijfers van Bopzis-2 met de door de enquête verkregen gegevens kan worden afgeleid dat er waarschijnlijk sprake is van een ondermelding aan de Inspectie.

3.3.3 Middelen en maatregelen

Middelen en maatregelen (M & M) zijn handelingen die worden toegepast ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie, die door de patiënt als gevolg van zijn geestesstoornis wordt veroorzaakt. M & M zijn (anders dan bij dwangbehandeling) niet voorzien in het behandelingsplan. In de wet worden de volgende middelen en maatregelen limitatief opgenoemd:

- Separatie: het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde en door de Minister van VWS als separeerverblijf goedgekeurde afzonderlijke ruimte.
- Afzondering: het voor verzorging, verpleging of behandeling insluiten (met de deur op slot) van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde eenpersoons kamer.
- Fixatie: het op enigerlei wijze beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden. Dit omvat niet alleen vastbinden, maar iedere vorm van vasthouden waardoor betrokkene in zijn bewegingen wordt belemmerd.
- Medicatie: het toedienen van geneesmiddelen ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie, ook als de patiënt zich hiertegen verzet.
- Toediening van vocht en voeding.

In de jaren 1996 tot 1999 schommelde het aantal aan de Inspectie gemelde middelen en maatregelen tussen de 118 en de 136. In het jaar 2000 is dit aantal fors gestegen: er werden 226 middelen en maatregelen gemeld. Een vergelijking tussen de gegevens uit Bopzis-2 en de antwoorden uit de enquête leidt ook hier tot de conclusie dat er waarschijnlijk sprake is van een ondermelding.

Er is niet zoals bij dwangbehandeling sprake van een patroon waaruit blijkt dat er meer jongens of meer meisjes met middelen en maatregelen te maken krijgen. In de onderzochte periode is de verdeling weliswaar wisselend, maar in zijn totaliteit bezien hebben ongeveer evenveel meisjes als jongens te maken met middelen en maatregelen. Het aantal gemelde middelen en maatregelen stijgt met de leeftijd. De verdeling naar leeftijd is voor de periode 1996- juni 2001 in de volgende tabel in kaart gebracht.

Tabel 4: M & M periode 1996 tot juni 2001, verdeeld naar leeftijd.

Leeftijd	Percentage M & M 1996-juni 2001 (n= 733)
Jonger dan 12 jaar *	2,3 %
12 jaar	1,6 %
13 jaar	5 %
14 jaar	12 %
15 jaar	19 %
16 jaar	24 %
17 jaar	36 %

Bron: Bopzis-2

* Voor kinderen onder de 12 jaar is melden niet verplicht; dit percentage is daarom (te) laag. In de protocollen wordt in het algemeen niet aanbevolen om middelen en maatregelen bij kinderen tot twaalf jaar te melden.

Tabel 5: methode van M & M 1996-2001.

Methode	Percentage van alle M & M in de periode 1996-juni 2001 (n= 802)
Separatie	82 %
Afzondering	13 %
Fixatie	4%
Medicatie	1%
Gedwongen vocht en voeding	0 %

Bron: Bopzis-2

Evenals bij dwangbehandeling wordt de inkleuring van het gevaar minder vaak geregistreerd. In de periode 1998 - juni 2001 is van 429 gevallen de reden van de maatregel opgegeven.

Tabel 6: inkleuring van gevaar bij M & M in de periode 1998- juni 2001 (n=429).

Gevaar voor:	Percentage van de meldingen (Alle soorten M & M)
Persoon	33 %
Anderen	39 %
Materieel	24 %
Anderszins	3 %

Bron: Bopzis-2

Ongeveer zeventig procent van de middelen en maatregelen (n=733, bron Bopzis-2) duurt niet langer dan een dag; echter in zeven procent van de gevallen is de duur, anders dan wettelijk is geoorloofd, langer dan zeven dagen.

De meeste instellingen beschikken over een protocol of beleidsnotitie ten aanzien van middelen en maatregelen. De kwaliteit van de protocollen is zeer wisselend. Enkele instellingen zijn begin 2001 nog bezig dit te schrijven.

Er worden soms middelen en maatregelen in combinatie met elkaar gebruikt. De combinatie fixatie en afzonderen/separatie wordt door 5 instellingen (n=14) genoemd. In de open separeerkamer wordt in een enkel geval gefixeerd of medicatie toegediend. Andere door de instellingen genoemde combinaties zijn: vocht en medicatietoediening bij iemand met ernstige anorexia nervosa. Twee maal wordt de mogelijkheid genoemd van separatie met dwangmedicatie en dwangtoediening van voeding en vocht. Een viervoudige combinatie is in twee instellingen voorgekomen: separatie plus fixatie plus medicatie plus toediening van vocht en/of voeding. Uit de ter beschikking gestelde gegevens van Bopzis-2 kan niet worden afgeleid of er sprake is geweest van combinaties van middelen en maatregelen.

In beginsel is de behandelaar bevoegd om beslissingen over middelen en maatregelen te nemen, en bij zijn afwezigheid de hoofdverpleegkundige of zijn vervanger. In de praktijk neemt de dienstdoende verpleegkundige of groepsleider vaak de beslissing, eventueel na telefonisch overleg met de behandelaar.

Melding

Middelen en maatregelen dienen gemeld te worden aan de geneesheer-directeur, de ouders of vertegenwoordiger en de Inspectie. Op basis van een vergelijking van onderzoeksgegevens uit verschillende bronnen vermoed ik dat er sprake is van een ondermelding aan de Inspectie, met name bij fixeren. Uit de antwoorden bij de enquête volgt

dat niet in alle gevallen in alle instellingen separatie, afzondering en fixatie aan de Inspectie worden gemeld. Een instelling antwoordde dat niet uit de registratie afgeleid kan worden of het gaat om middelen en maatregelen ter overbrugging van een nood situatie of middelen en maatregelen waarvoor toestemming is gegeven. De reacties van de Inspecteur op meldingen worden in paragraaf 3.4.1 beschreven.

Bopz-titel

Aangezien er op vrijwillige opgenomen patiënten geen middelen en maatregelen mogen worden toegepast, dient bij vrijwillig opgenomen jeugdigen een Bopz-titel te worden aangevraagd. Dit wordt dringend geadviseerd in de Richtlijn. Bij kinderen tot twaalf jaar, is dit alleen nodig indien de ouders of voogd geen toestemming geven. In de praktijk wordt hiermee verschillend omgegaan. De regel wordt als zeer belastend en onredelijk ervaren. Meestal wordt een IBS aangevraagd als de maatregel na een periode, variërend van een half tot drie uur, nog in stand is. In geval van nachtelijke nood situaties wordt ook wel gewacht tot de volgende ochtend. Voor deze handelwijze worden de volgende redenen opgegeven:

- Het is belastend voor de jeugdige.
- De jeugdige is vrijwillig opgenomen en heeft niet de wens de instelling te verlaten.
- Het is niet bevorderlijk voor een goede behandelrelatie.
- De werkdruk is hoog (ook bij de crisisdienst, zo bleek uit een gesprek).
- De ervaring is dat dwang meestal binnen een uur overbodig is en een en ander normaliseert. Wij gaan hier pas toe over als het verzet bij separatie of afzondering lang duurt, ongeveer een paar uur. Het blijft subjectief.
- De maatregel is meestal van korte duur; we hanteren een afkoelingsperiode.
- De interpretatie van verzet is lastig.
- Er is beschikking van een rechter in den Haag in een zaak waarbij we een IBS procedure hadden aangevraagd bij een jongen met middelen en maatregelen. Wij begrijpen hierdoor dat dit niet hoeft, tenzij de cliënt met ontslag wil en aan de vereisten voor gedwongen opneming is voldaan.⁶⁰

Uit een protocol bleek nog een aanvullende reden: de Inspectie voor de gezondheidszorg gedooft het, voor zover het gaat om een periode van twee tot drie uur.

Bij dwangbehandeling is er een behandelplan aanwezig, maar ontbreekt de vereiste toestemming of er is sprake van verzet. Middelen en maatregelen worden toegepast in onvoorziene nood situaties waarin het behandelplan niet voorziet. Beiden sluiten elkaar dus uit. Behandelaars denken verschillend over de vraag of het juridische onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen in de praktijk helder en relevant is. Sommigen antwoorden volmondig met ja. Maar uit sommige antwoorden die in de enquête zijn ingevuld kan worden opgemaakt dat het juridische onderscheid niet duidelijk is. Uit andere antwoorden kan worden afgeleid dat het onderscheid weliswaar juridisch helder is, maar in de praktijk allerminst klip en klaar. Er kunnen vragen rijzen over de interpretatie van verzet tegen een behandelplan in onvoorziene situaties. Wat is de waarde van de behandelovereenkomst als er verwarring is over de overgang van toestemming naar verzet, zo vraagt een psychiater zich af.

Noodsituatie

Middelen en maatregelen mogen uitsluitend worden toegepast op onvrijwillig opgenomen patiënten en alleen ter overbrugging van een tijdelijke nood situatie, die door de patiënt als gevolg van zijn geestesstoornis wordt veroorzaakt. Het begrip nood situatie is

⁶⁰ Vgl. Rechtbank Den Haag 15 september 2000, kBJ 2000/ 65.

allerminst eenduidig. De meeste protocollen gaan uitgebreid in op manieren om nood-situaties te voorkomen, wat op te vatten is als een uitwerking van het subsidiariteitsbeginsel. Het begrip noodsituatie wordt meestal omschreven in de wettelijk termen en niet praktisch uitgewerkt. In een protocol werden voorbeelden uit de jurisprudentie besproken. In diezelfde notitie wordt een noodsituatie als volgt omschreven:

“Een noodsituatie is een direct gevolg van een psychische toestand waarin de jongeren zich op dat moment bevindt, en waarin de jongere een gevaar voor zichzelf of voor anderen vormt. Zo'n noodsituatie vereist dat er direct maatregelen genomen worden om de noodsituatie te beëindigen. Bij een noodsituatie kan men denken aan:

- een grote mate van agressie van de jongere, die op zichzelf of op de omgeving gericht kan zijn;
- depressiviteit en automutilatie, waarbij de situatie in de leefgroep maakt dat de jongeren onvoldoende geholpen kan worden;
- psychotische desintegratie, waardoor het samen zijn met naderen in de leefgroep niet mogelijk is en de jongeren een prikkelarme omgeving nodig heeft;
- overweldigende (haast psychotische) angsten, waardoor het begeleiden in de leefgroep mogelijk is. “

In de gesprekken vielen vaak termen als escalatie, niet meer toegankelijk zijn voor begeleiding, compleet door het lint gaan. Een noodsituatie kan ook ontstaan door een opvoedkundige aangelegenheid, Een verpleegkundige over een opvoedkundig dilemma: “We zijn behandelaars en geen opvoeders. Er is een spanning tussen de Wet Bopz en pedagogische dwang. Het is soms heel goed om iemand naar de kamer te sturen, maar dit kan uitlopen in een Bopz-maatregel. Een voorbeeld van een opvoedkundig dilemma: “Moet je wel of niet ingrijpen als er wordt gescholden? Iemand die scheldt moet daarom 10 minuten naar zijn kamer, maar dit kan uitlopen in een escalatie die resulteert in een separatie. Als schelden toegestaan wordt, volgt er geen escalatie en ook geen Bopz-maatregel, maar van schelden zijn de groepsgenoten de dupe.”

Separatie

In een protocol met werkafspraken wordt vermeld dat er met ouders en kind over middelen en maatregelen gesproken dient te worden en dat bij de rondleiding de separeerkamer getoond dient te worden. Uit diverse bronnen blijkt dat de meeste separaties van korte duur zijn: tien minuten tot een kwartier⁶¹. De voornaamste redenen voor separatie zijn bescherming van de persoon zelf, van groepsgenoten of personeel. Door ouders, behandelaars en patiëntenvertrouwenspersonen genoemde voorbeelden van aanleidingen tot separatie zijn:

- Het kind gaat door het lint doordat er iets op school gebeurt, bijvoorbeeld een kind van 11 jaar bij wie het niet lukte om de sommen te maken.
- Separeren kan een pedagogische maatregel zijn.* Op klieren en verzet wordt met separatie of time-out gereageerd, vaak als onderdeel van een stappenplan. Een dergelijk stappenplan is pedagogisch van aard. Er wordt niet naar het gevaarscriterium gekeken, maar geconstateerd dat andere interventies tekort waren geschoten. Een veertienjarig meisje moest 3 uur de separeer in als ze boos reageerde. Als het 's avonds gebeurde, moest ze de volgende ochtend de separeer in. Het team bepaalde wat verbale agressie is.
- Iemand moest de groepsradio inleveren, omdat zijn beurt voorbij was en maakte daar stennis over. Hij moest naar zijn kamer en ging daar schoppen, slaan, met deuren gooien, schelden, spugen.*

⁶¹ Het komt incidenteel voor dat separeren met verzet langer duurt dan separeren zonder verzet.

- Seksueel ontremd gedrag of seksueel agressief gedrag.
- Druk gedrag, gooien, oninvoelbaar lachen.* Aanstootgevend gedrag draagt bij aan een onveilige sfeer op de afdeling. Als iemand die dit doet naar zijn kamer wordt gestuurd en hij gaat dan met de deuren slaan, wordt in eerste instantie de gang naar een afzonderingsruimte aangeboden.
- Niet te begrijpen reacties op correcties van de groepsleiding.*
- Shockerend aanwezig in taal en in gedrag.*
- Hangen aan mensen, duwen, knijpen, trekken, spugen, ontremd zijn.*
- Een groepsleider was aangevallen.
- Een jongere weigert van alles en had scherpe voorwerpen in zijn mond. Kun je luisteren? Nee!
- Automutilatie door middel van snijden.
- Fysieke agressie jegens anderen of inventaris.
- Overlast voor andere cliënten door te slaan met deuren en te bonzen tegen de muren en te schreeuwen.*
- Met het hoofd bonzen tegen muren en deuren. De regionale inspecteur stelt in een reactie dat separeren het gevaar dat door bonzen ontstaat niet opheft.
- Het niet nakomen van de afspraak de correcties van de begeleiding op te volgen (na een of meerdere waarschuwingen).*
- Preventie van agressie.*
- Een einde maken aan onrustig chaotisch gedrag (niet anders te doorbreken).*
- Het bieden van structuur.*
- Verzoek van de jeugdige.

Het moge duidelijk zijn dat niet alle voorbeelden noodsituaties in de zin van de Wet Bopz zijn, al zijn het wel moeilijke situaties. De met een * gemerkte voorbeelden zijn het zeker niet. In veel voorbeelden is twijfel mogelijk en spelen opvoedkundige overwegingen waarschijnlijk ook een rol.

Volgens een pvp maakt het uit wie er dienst heeft: "Ervaring en durf spelen een belangrijke rol. Dit is zeer persoonlijk. Een hulpverlener stond toe dat een kind met een tak op de ramen beukte om af te reageren. Nadat het kind was uitgeraasd volgde een gesprek. Iemand anders zou in die situatie mogelijk wel hebben gesepareerd." Begeleid separeren komt nauwelijks voor, volgens hulpverleners omdat de jongere vaak juist een prikkelarme omgeving nodig heeft en de aanwezigheid van de begeleider niet altijd de-escalerend werkt. Een regionaal Inspecteur schrijft in een reactie op de problematiek van al dan niet begeleid separeren: "De veiligheid van de medewerker kan geen reden zijn om van deze regel (niet onbegeleid separeren) af te wijken, aangezien daar dan actie op ondernomen moet worden, bijvoorbeeld middels begeleiding door twee personen". Mocht het zo zijn dat de begeleiding voor het kind zelf gevaarlijk is (bijvoorbeeld overprikkeling) en er dus onbegeleid gesepareerd wordt, dan wil de inspectie dit gemeld krijgen om de noodzaak te evalueren." Hetgeen in paragraaf 3.3.2 is vermeld over begeleid separeren en afzonderen in het kader van dwangbehandeling, al dan niet bij kinderen onder de twaalf jaar, is ook van toepassing op middelen en maatregelen.

Ervaringen met separatie

Tot mijn spijt was het niet mogelijk om met jongeren zelf van gedachten te wisselen. Een verpleegkundige vertelt over separeren: "De uitwerking van een separeerervaring is heel wisselend. Sommigen voelen zich heel stoer. Als jongeren psychotisch waren, heeft het vaak wel geholpen. Kinderen kunnen leren dat ze, als ze overprikkeld raken, de separeer als instrument kunnen gebruiken. Jongeren die manisch zijn vinden de separeer afschuwelijk, want als je manisch bent, geldt: hoe meer prikkels, des te beter.

Het valt eigenlijk wel mee hoe negatief kinderen erover zijn.” Een patiëntenvertrouwenpersoon schetst het volgende beeld: “Hoewel jongeren de wet niet kennen, weten ze heel goed wat rechtvaardig is en wat niet en ook dat ze uiteindelijk het onderspit delven. Het is een hel in de separeer, je lijdt er. Het is eenzaam; je bent alleen met je stemmen. In het begin zijn ze stoer. Het valt wel mee, ik kan ertegen, zeggen ze dan. Maar als je doorvraagt blijkt dat er gewenning ontstaat, omdat het meer mensen overkomt. Bijna tegelijkertijd ontstaat woede. Het opgesloten zijn is wel lastig, maar het in de steek gelaten worden is het ergste. Het is gemeen – het is belachelijk. Ze voelen onrecht. Ouders vragen zich af of het ook anders kan. Vaak geven de kinderen aan dat het voor het incident al fout ging en dat de separatie een gevolg is van wat daarvoor al fout ging. Een voorbeeld: 's Morgens heeft een kind een dreun van een groepsgenootje gekregen; hij blijft daarmee zitten. In de middag gooit hij een kopje kapot. Hij had reden om dat kopje kapot te gooien. De hulpverlener zegt: als jij kopjes kapot gooit, kunnen we niet praten. Maar het waarom achter gedrag is juist zo belangrijk.”

Op mijn vraag welke alternatieven er zijn werden diverse antwoorden gegeven: Een patiëntenvertrouwenpersoon vond veel aandacht en liefde een uitstekend alternatief. Maar, zo voegde hij eraan toe: “Hier hebben jongeren het niet over, uiteraard niet.” Eén op één begeleiding kan ook een alternatief zijn. Een verpleegkundige gaf het voorbeeld van een zeer angstig kind: “Een 13-jarige jongen was in een andere inrichting 3 maanden gesepareerd geweest. Vanaf zijn zesde jaar leefde hij in instituten. Het heeft ons zeer veel energie gekost maar we hebben hem niet hoeven te separeren. We gingen met hem vissen als het uit de hand dreigde te lopen.”

Niet altijd is Zeer Intensieve Zorg (ZIZ) een alternatief voor separatie, maar het kan wel volgens een psychiater. Door de één op één hulpverlening is er nabijheid om de grenzen aan te geven. Sommige jongeren hebben een volwassene nodig als extern controle middel.”

Afzonderen

Wat hierboven over separeren is geschreven is in grote lijnen ook van toepassing op afzonderen. Een afzonderkamer oogt wat minder onvriendelijk dan een separeer. Er is meubilair, soms een televisie (achter een ruit), soms zacht speelgoed. De ruimte is sober, prikkelarm ingericht. Het gebeurt wel dat de gang naar de afzonderingskamer een voorstadium van separeren is. In de meeste protocollen wordt veel meer aandacht gegeven aan separeren dan aan afzonderen. In een protocol wordt nadrukkelijk gesteld dat begeleide afzondering de eerst aangewezen methode is voor kinderen jonger dan twaalf jaar. Evenals bij separeren duurt afzonderen meestal kort, ongeveer een kwartier. De gronden voor afzonderen komen in grote lijnen overeen met die van separeren. Een protocol noemt als indicaties voor afzonderen: een alternatief voor separeren of medicatie en het aanbieden van een prikkelarme omgeving. Wellicht dat afzonderen meer past bij een gedragsmatige aanpak, waarbij de pedagogiek een grote rol speelt.

In de enquête genoemde redenen voor afzondering zijn:

- Preventie van agressie.*
- Bescherming van de jeugdige, medepatiënten en/of personeel.
- Bescherming van goederen.*
- Een einde maken aan onrustig chaotisch gedrag (niet anders te doorbreken).*
- Het bieden van structuur.*
- Verzoek van de jeugdige.

Het moge duidelijk zijn dat niet alle voorbeelden noodsituaties zijn, al zijn het wel moeilijke situaties. De met een * gemerkte voorbeelden zijn het zeker niet.

Afzonderen wordt meer bij de wat jongere kinderen toegepast. Een afzonderkamer wordt ook wel time-out kamer, stille kamer of word-rustigkamer genoemd. Op een bijeenkomst met groepsleiders, werkzaam in diverse instellingen, werden de volgende voorbeelden aangedragen: "Soms is een kind van 8 is erg agressief. De plukken haar vliegen in het rond. Dit leidt tot een time-out." Er zijn in de verschillende instellingen diverse mogelijkheden:

- de badkamer;
- een smerig hok in de kelder;
- in een kamer met een deur van plexiglas ervoor (voor jonge kinderen van 4 tot 6 jaar, als alternatief voor de separeer). Het kind kan er niet uit, maar ziet ons wel. We gebruiken dit niet alleen bij ernstig gevaar, maar ook als pedagogische maatregel (op de kamer blijven);
- een goedgekeurde afzonderingsruimte;
- op de eigen kamer met de deur op slot (soms wordt eerst een gedeelte van de inventaris verwijderd);

in een open kamer – we leunen dan tegen de deur, omdat de deur niet op slot mag.

Een regionaal inspecteur voegt toe: "Formeel mag niet op de eigen kamer afgezonderd worden, maar het gebeurt wel om dwalen of seksuele intimidatie te voorkomen".

Afzonderen is alleen toegestaan in een goedgekeurde afzonderingsruimte.

Fixeren

Fixeren wordt gedefinieerd als het op enigerlei wijze beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden. Dit omvat niet alleen vastleggen, maar iedere vorm van vasthouden waardoor betrokkene in zijn bewegingen wordt belemmerd. Hetgeen in paragraaf 3.3.2 is beschreven over fixeren is ook relevant voor het fixaties die niet in het behandelplan zijn voorzien. Het inwikkelen van de patiënt in een laken om snel en veilig de separeer te kunnen verlaten is ook een vorm fixatie in de zin van artikel 39, die wel eens wordt toegepast.

In de enquête genoemde redenen voor fixatie als M & M zijn:

- Preventie van agressie.
- Bescherming van de jeugdige, medepatiënten en/of personeel.
- Bescherming van goederen.
- Het bieden van structuur.
- Verzoek van de jeugdige.
- Het mogelijk maken om sondevoeding toe te dienen in een levensgevaarlijke situatie.
- Separatie en medicatie zijn onvoldoende om de jeugdige te beschermen.
- Het mogelijk maken dat de patiënt benaderbaar/verpleegbaar is.

In een protocol wordt de indicatie voor fixatie als volgt omschreven: "Fixeren wordt toegepast indien tijdens een separatie de gedragskenmerken leiden tot een toestand van levensgevaar van de gesepareerde. Gedragskenmerken zijn extreem automutilerend gedrag, dan wel effecten van automutilerend gedrag (uitputtingsgevaar)." In een ander protocol wordt de redenen voor fixatie zo omschreven: " heftige psychomotore onrust, ernstige impulsiviteit of niet te bedwingen neiging tot automutilatie waarbij andere methoden geen uitkomst bieden."

CFB (Controle Fysieke Beheersing)

In het navolgende zal vooral worden ingegaan op fysieke inperking: CFB-technieken (Controle Fysieke Beheersing) of DDG-technieken (Dreigend Destructief Gedrag).⁶² Fysieke inperking kan twee doelen hebben. Het kan worden toegepast om een angstig kind rustig te maken. Dit is een opvoedkundige maatregel die in een normale opvoedingssituatie bij jonge kinderen - ook zonder dat zij aan een geestesziekte lijden - niet ondenkbaar is. In de meeste situaties zijn fysieke inperkingen, zoals CFB-technieken, echter te kwalificeren als middelen en maatregelen.

CFB-technieken staan niet op zichzelf. Zij maken deel uit van een verpleegkundige methode, die gericht is op het omgaan met agressie in ruime zin. Hieronder valt niet alleen fysieke agressie, maar ook verbale agressie en seksuele intimidatie/agressie. De methodiek bestaat in de eerste plaats uit het toepassen van gedragstechnieken ter voorkoming en afwendings van agressie. In deze methode wordt aandacht geschonken aan classificatie van agressie, communicatie en gesprekstechnieken, conflicthantering en onderhandelingsstechnieken, alsmede het belang van het nabespreken van geweldsincidenten. Als dit alles niet effectief is wordt overgegaan tot fysieke technieken (CFB). De methode is gericht op volwassenen, maar wordt ook door hulpverleners in de KJP toegepast, zij het met enige aanpassingen.

Voor kleine kinderen worden de technieken aangepast; bij oudere kinderen, vanaf 12 jaar worden dezelfde technieken als bij volwassenen toegepast. Het gaat onder andere om de volgende technieken:

- Een veel voorkomende techniek bij kinderen tot tien jaar voor een situatie waarbij de hulpverlener alleen is, is het vlindertje. (Het kind zit tussen de benen van de hulpverlener ingeklemd op de grond, waarbij de armen gebogen in de nek worden vastgehouden. Na een korte (ongeveer tien minuten) toepassing van het vlindertje vindt geen meestal geen registratie en melding plaats, omdat de techniek een onderdeel is van de behandeling en een ondersteuning van een goed leefklimaat.
- Tijdens een escalatie wordt de betrokkene onder zachte dwang meegenomen, bijvoorbeeld naar de eigen kamer. Dit houdt in dat twee medewerkers aan iedere kant van de jongeren met beide handen een arm vasthouden.

Jeugdigen tot ongeveer twaalf jaar zijn zeer elastisch. Daarom zijn er aanpassingen voor een tweepersoonsteam om veilig weg te komen. Het onderlichaam van een kind wordt dan in de separeer omwikkeld met een scheurdeken, waarna de CFB-technieken met minder risico kunnen worden toegepast.

Op mijn vraag of CFB-technieken pijn kunnen doen, antwoordt de organisator van CFB-trainingen: CFB-technieken doen pijn in de volgende situaties:

- Bij een niet-juiste toepassing van de aangeleerde technieken.
- In situaties van professioneel controleverlies, waarbij niet CFB-geschoolden in onveilige situaties worden ingezet.
- Bij niet coöperatief gedrag van de cliënt kan voor de eigen veiligheid via het aanzetten van de polsklem een kortdurende pijnprikkel worden toegediend.
- Door toepassing van het duimpje (duim naar de pols trekken, CG), een zeer korte pijnprikkel en een fysiek trucje om daarna de veiligheid te herstellen en om weer (cursivering, cg) professioneel met de CFB-technieken te kunnen handelen.

Een CFB-trainster bevestigt dat CFB-technieken pijn kunnen doen, maar – zo voegt ze eraan toe – er wordt aangeleerd om het met zo min mogelijk pijn te doen. Je ontkomt er soms niet aan dat het pijn doet en in de training wordt aangeleerd om een korte pijn-

⁶² In het navolgende zal alleen op de CFB-technieken worden ingegaan. Leo Regeer, Het vernieuwde modulaire aanbod voor werkplekopleidingen in veiligheid : Controle & fysieke beheersing (CFB) volgens methode Regeer, Amsterdam, 1998.

prikkel gedoceerd te geven. Je kunt immers iemand die ‘volle agressie’ vertoont niet met twee vingers in bedwang houden.

In gesprekken met groepsleiders en patiëntenvertrouwenspersonen is vaak aan de orde gesteld dat er diverse typen arm- en beenklemmen zijn en dat CFB-technieken bij verzet pijnlijk zijn.⁶³ Ook is verteld dat in ernstige situaties een kind op de buik wordt gelegd, waarna de medewerker de armen op de rug vasthoudt of op de rug zit. Van Tilburg en Boer, voorzitter van de sectie kinder- en jeugdpsychiatrie (Nederlandse vereniging voor psychiatrie) schrijven hierover: “Er bestaat in Nederland geen klinische of dagklinische afdeling van een kinderpsychiatrisch centrum waar altijd tenminste twee groepsleiders direct aanwezig zijn om een kind fysiek in te perken. Er zullen altijd situaties voorkomen waarbij één groepleider in aanvang het kind alleen moet inperken. Juist bij kinderen onder de twaalf jaar zullen dat nogal eens vrouwelijke groepsleiders zijn. Wanneer het niet lukt om een kind in zittende of staande houding te fixeren of wanneer het niet lukt om een dergelijke vorm van fixatie langere tijd vol te houden, dan moet soms noodgedwongen worden overgegaan op een vorm van fixatie waarbij het kind op de buik wordt geduwd en de verpleegkundige boven op het kind zittend de fixatie voortzet. Het moge duidelijk zijn dat deze techniek dient te worden vermeden en dat groepsleiding zo opgeleid dient te zijn dat zij de voorkeurstechieken beheerst. Maar ook dan kan zich een noodsituatie voordoen waarin een groepsleider toch een kind enige tijd in liggende houding moet fixeren.”⁶⁴

Tijdens een escalatie wordt een jongere door meerdere groepsleiders benaderd, variërend in aantal van twee tot (in uitzonderlijke situaties) zeven personen.

In de protocollen zijn de volgende indicaties voor het toepassen van CFB-technieken genoemd:

- Als in een crisissfeer verbale bejegening niet effectief blijkt en het gedrag tot een werkelijk gevaarlijke situatie kan leiden.
- Acting-out en/of destructief gedrag.
- Asociaal, regelovertredend, grensoverschrijdend en/of gevaarlijk gedrag.

In een groepsgesprek met groepsleiders uit diverse instellingen is verteld dat CFB-technieken ook gehanteerd kunnen worden indien:

- iemand is weggelopen;
- een kind geen afscheid van de ouders wil nemen en met hen mee naar huis wil;
- degene die slaapdienst heeft wil slapen en een jongere, die wel wil opblijven, naar bed wordt gebracht.

Psychiaters en groepsleiders ‘worstelen’ met CFB-technieken. Het bevordert het plezier in het werk niet als deze grepen regelmatig worden toegepast. Een gesprek met twee psychiaters had veel weg van een noodkreet en een maatschappelijke aanklacht tegen de toenemende agressie: “Het hanteren van CFB-technieken is echt een probleem, vooral voor de kinderen van 9, 10 en 11 jaar. Vaak worden zij wegens oncontroleerbare agressie uit de hulpverlening gezet, bijvoorbeeld uit een orthopedagogische setting. De agressie van deze kinderen is ongericht, onverwacht, er heerst voor hen een angstige chaos. Dit leidt tot: bijten, trappen, slaan. We vragen de ouders altijd bij opname hoe het kind het beste rustig kan worden, bijvoorbeeld rustig worden op een plekje op de gang. (...) Soms is er een klimaat van escalatie. Het doel is dan het individuele kind en de groep weer rustig te krijgen. Ouders worden na een gebeurtenis altijd gebeld. De

⁶³ Door meerdere patiëntenvertrouwenspersonen is mij verteld dat als gevolg het toepassen van CFB-technieken letsel voorgekomen is, onder andere schaafwonden, blauwe plekken, blijvende pijn als gevolg van het regelmatig toepassen van het bokkenpootje (duim naar de arm brengen), een gebroken arm en kneuzingen (zie ook paragraaf 3.3.6 klacht-recht, CFB). Ik heb deze berichten echter niet kunnen verifiëren.

⁶⁴ Brief W. van Tilburg en F. Boer aan de Inspectie voor de gezondheidszorg van 1 februari 2000.

meeste ouders hebben dan begrip voor de situatie. De meeste van deze kinderen (op de afdeling met hechtingsstoornissen) hebben regelmatig in het gezin geweld meegeemaakt. Een voorbeeld: een 6-jarige jongen zegt tegen een 5-jarig meisje: als jij je broek niet naar beneden doet, dan wurg ik je. En hij maakt de daarvoor noodzakelijke bewegingen. Een ander recent voorbeeld: een jongen had met een groot waterpistool de groepsleider natgespoten. Deze pakte het waterpistool waarop de jongen boos werd. Hij pakte de groepsleider weer aan. Een andere jongen pakte een plank en ging daarmee zwaaien. Drie andere kinderen werden hiervan zo angstig dat ze aan karate gingen doen. Het ging allemaal maar door; het was een kluwen van geweld.”

In een ander gesprek is door een verpleegkundige een belangrijke contra-indicatie voor CFB-technieken genoemd: als iemand slachtoffer is van seksueel misbruik. Het besluit om al dan niet CFB-technieken toe te passen wordt door de verpleegkundige of groepsleider genomen.

Registreren en melden van CFB-technieken

Over het algemeen wordt van het toepassen van CFB-technieken aantekening in het dossier gemaakt. Lang niet alle protocollen adviseren dit te doen. De meeste protocollen wijden overigens maar een enkel regeltje of alinea aan CFB-technieken. Hoewel het toepassen van CFB-technieken aan de Inspectie gemeld dient te worden, is het melden van CFB-technieken geen algemeen gebruik en evenmin het aanvragen van een IBS na toepassing van CFB-technieken. Veel groepsleiders vinden dat het eigenlijk wel zou moeten, maar dat het wel erg veel papierwerk met zich mee brengt. In een instelling wordt nu naar aanleiding van een klacht iedere CFB-ingreep gemeld. Een groepsleider: “In de dagelijkse praktijk ben je steeds met drang en dwang bezig: kinderen uit elkaar houden – jij gaat nu even aan tafel zitten. Middelen en maatregelen bevinden zich op een glijdende schaal: een kind op schoot nemen is lijfelijk contact, maar een kind op schoot vasthouden is een M & M. Nu we iedere CFB-greep moeten rapporteren, doen we geen CFB-grepen meer en houden we het kind op een andere manier vast, wellicht minder veilig maar wel stevig.” Deze andere grepen zijn ook vormen van fixatie in de zin van de Wet Bopz die gemeld dienen te worden.

Een psychiater over de vraag wel of niet melden: “We melden niet iedere gebeurtenis. De inspecteur krijgt een driemaandelijks overzicht. De hoofdinspecteur heeft hierop als volgt gereageerd: als de ouders het weten, dan is het goed. Maar later schrok hij ervan hoeveel noodsituaties er waren. We voelen de hete adem van de Inspectie. Als het ingrijpen niet meer mag van de inspecteur zullen we de opnamecriteria moeten aanscherpen, maar dan ontstaat in Nederland een probleem met betrekking tot deze groep kinderen. Het komt vaak voor dat het personeel gewond raakt. Mensen komen uit dienst met blauwe plekken of bijtewonden, worden tegen de schenen geschopt. Een groepsleider werd keihard in haar borst geknepen. Wat betreft dit onderwerp is er een duidelijk kwaliteitsaspect. Het aantal noodsituaties zegt iets over de kwaliteit van zorg, over krapte in personeel. Als we goed personeel hebben, werkt dit door in het groepsklimaat. Dan gaat alles beter en is er minder agressie. Maar als er veel ziekte is, kan het team gedemoraliseerd worden. Het gaat allemaal in golven. We zitten er echt mee, ik baal ervan.” Op de problematiek van het hanteren van CFB-technieken wordt verder ingegaan in paragraaf 3.4.1 (De Inspectie).

Medicatie

Medicatie per injectie toedienen kan erg effectief zijn en het gebeurt, zo blijkt uit de kwantitatieve gegevens. Daartoe moet er sprake zijn van gevaar, er moet duidelijkheid zijn over de psychiatrische stoornis en er mag geen andere lichtere oplossing denkbaar zijn, aldus een protocol. Van Tilburg en Boer (sectie kinder- en jeugdpsychiatrie van de

Nederlandse Vereniging van Psychiatrie) schrijven hierover in een brief over fysieke inperking aan de Inspectie voor de gezondheidszorg: "Het gebruik van parenteraal toegediende medicatie wordt door de beroepsgroep niet beschouwd als een reëel alternatief voor fysieke inperking".⁶⁵ In de gesprekken met individuele psychiaters is dit ook naar voren gekomen. Deze zienswijze vindt zijn weerslag in de praktijk. In minder dan één procent van de gemelde middelen en maatregelen (in de periode 1996 tot juni 2001) gaat het om het toedienen van medicatie.

Toediening van vocht en voeding

Een gevaarlijke, levensbedreigende, situatie als gevolg van uitdroging en/of ondervoeding ontstaat niet van het ene op het andere moment; er is altijd tijd over overleg. Dit verklaart waarom het toedienen van vocht en voeding als M & M eigenlijk nauwelijks voorkomt. Uit enquête blijkt dat het toedienen van vocht en voeding als M & M sporadisch voorkomt; uit de gegevens van Bopzis-2 blijkt dat dit niet wordt gemeld. Niet uitgesloten is dat de vraag in de enquête verkeerd is begrepen en dat door enkele invullers dwangbehandeling is bedoeld. Het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen is niet voor iedereen even duidelijk.

Conclusie

Middelen en maatregelen zijn handelingen die worden toegepast ter overbrugging van een tijdelijk noodsituatie, die door de patiënt als gevolg van zijn geestesstoornis wordt veroorzaakt. Er is in de praktijk bij toepassing van middelen en maatregelen niet altijd sprake van een noodsituatie in de zin van de Wet Bopz; opvoedkundige overwegingen kleuren het criterium 'noodsituatie' mee in. Middelen en maatregelen zijn niet voorzien in het behandelplan. Het aantal gemelde middelen en maatregelen bleef in de periode van 1996-1999 redelijk constant, maar in 2000 steeg het aantal. Middelen en maatregelen worden vooral gemeld bij jongeren van 15 jaar en ouder. Uit een vergelijking van de cijfers van Bopzis-2 met de door de enquête verkregen gegevens kan worden afgeleid dat er waarschijnlijk sprake is van een ondermelding.

Een overgrote meerderheid van middelen en maatregelen is van zeer korte duur, ongeveer een kwartier tot een dag, maar een klein gedeelte duurt langer dan de toegestane zeven dagen.

Aangezien er op vrijwillig opgenomen patiënten geen middelen en maatregelen mogen worden toegepast, dient bij vrijwillig opgenomen jeugdigen een Bopz-titel te worden aangevraagd. Dit wordt dringend geadviseerd door de Inspectie en in de Richtlijn. Bij kinderen tot twaalf jaar, is dit alleen nodig indien de ouders of voogd geen toestemming geven. In de praktijk wordt hiermee verschillend omgegaan. De regel wordt als zeer belastend en onredelijk ervaren. Meestal wordt een IBS aangevraagd als de maatregel na een periode, variërend van een half tot drie uur, nog steeds toegepast wordt. In geval van nachtelijke noodsituaties wordt ook wel gewacht tot de volgende ochtend. De protocollen die over middelen en maatregelen gaan zijn zeer wisselend van kwaliteit en uitgebreidheid. De wettelijke criteria worden wel genoemd, maar zelden toegelicht aan de hand van praktische voorbeelden. Ook wordt in de protocollen bijna geen aandacht besteed aan de vraag hoe te beslissen dat de noodsituatie niet meer aanwezig is. Over het algemeen beslist de groepsleider of verpleegkundige om over te gaan tot middelen of maatregelen en wordt de behandelaar later in het overleg betrokken. Separeren wordt verreweg het meest toegepast. Incidenteel worden kinderen jonger dan 12 jaar onbegeleid gesepareerd, omdat begeleid separeren volgens hulpverleners

⁶⁵ Brief W. van Tilburg en F. Boer aan de Inspectie voor de gezondheidszorg van 1 februari 2000.

in sommige situaties contraproductief werkt. Dit is tegen het advies van de Minister van VWS, de Inspectie en de Richtlijn. De voornaamste reden om te separeren is agressie in ruime zin: jegens de eigen persoon (automutilatie), jegens anderen of jegens materieel. Maar er is ook een opvoedkundig component: opvoedkundige problemen kunnen uitmonden in een escalatie die tot separatie leidt.

De conclusies ten aanzien van separeren zijn in grote lijnen gelijk voor afzonderen. Afzonderen wordt eerder in bij jongere kinderen toegepast. De kwaliteit en inrichting van afzonderingsruimten is zeer wisselend; soms is er voor de patiënt geen alarminstallatie aanwezig.

Fixeren komt voor in twee verschijningsvormen: iemand kan met behulp van materialen - zoals een Zweedse band, pols- en enkelbanden, een vestje (kleine kinderen) of een net dat over het hele lichaam (met uitzondering van het hoofd) gaat - worden vastgelegd. Dergelijke maatregelen worden toegepast bij heftige psychomotore onrust, automutilatie of indien de jongere zich tegen het geven van sondevoeding verzet. Dit wordt over het algemeen aan de Inspectie gemeld. Dit is anders bij het toepassen van CFB-technieken. Deze technieken maken deel uit van een verpleegkundige methode, die gericht is op het omgaan met agressie in ruime zin. De methode is gericht op volwassenen, maar wordt ook door hulpverleners in de KJP toegepast, zij het met enige aanpassingen. CFB-technieken doen pijn als de betrokkene zich verzet. Hoewel het toepassen van CFB-technieken aan de Inspectie gemeld dient te worden, is dit geen algemeen gebruik noch het aanvragen van een IBS na toepassing van CFB-technieken. Over het algemeen wordt wel aantekening in het dossier gemaakt. Lang niet alle protocollen adviseren dit te doen, veel protocollen wijden overigens maar een enkel regeltje of alinea aan CFB-technieken. Niet geheel duidelijk is of de frequentie van het toepassen van CFB-technieken met personeelstekort samenhangt.

Medicatie als M & M betekent in de praktijk meestal een kalmerende medicatie per injectie toedienen. Dit kan erg effectief zijn en het gebeurt zeer incidenteel, zo blijkt uit de kwantitatieve gegevens. Medicatie als M & M wordt door de beroepsgroep afgeraden, omdat het ingrijpend is en omdat er nadelige bijwerkingen kunnen optreden.

Toediening van vocht en voeding als middel en maatregel komt zelden voor. Immers, een gevaarlijke, levensbedreigende, situatie als gevolg van uitdroging en/of ondervoeding ontstaat niet van het ene op het andere moment; er is altijd tijd voor overleg.

Er worden in uitzonderlijke situaties twee tot vier middelen en maatregelen tegelijk toegepast.

3.3.4 Vrijheidsbeperkingen

In deze paragraaf wordt besproken hoe de wettelijke regeling van vrijheidsbeperkingen wordt toegepast. Eerst zal worden ingegaan op de beperkingen in het recht op de bewegingsvrijheid, daarna op de beperkingen die met communicatie met de buitenwereld te maken hebben: telefoon en bezoek. Tenslotte zal kort worden ingegaan op het ontvangen van post, op huisregels, sancties en privacy.

Beperkingen in het recht op de bewegingsvrijheid

Het recht op bewegingsvrijheid mag slechts om drie redenen worden beperkt. De gronden zijn: er wordt door de uitoefening van het recht op bewegingsvrijheid ernstig gevreesd voor nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand of de beperking is noodzakelijk ter voorkoming van de verstoring van de orde in het ziekenhuis, zoals die in de huisregels is beschreven, dan wel noodzakelijk ter voorkoming van strafbare feiten.

Beperkingen in het recht op de bewegingsvrijheid staan niet zo sterk in de belangstel-

ling als middelen en maatregelen. Het is niet gelukt om te achterhalen hoe vaak deze beperkingen voorkomen. Er zijn maar weinig protocollen die ingaan op het vrijhedenbeleid. Voor het dagelijks leven zijn deze beperkingen echter ingrijpend. Er zijn vele gradaties mogelijk. Een afdeling waar jongeren onvrijwillig zijn opgenomen is meestal - niet altijd! - een gesloten afdeling. Het is niet ongebruikelijk een jeugdige die net is opgenomen een aantal dagen geen vrijheden te geven. Dit houdt in dat de jeugdige niet zonder groepsleider naar buiten, naar school of naar therapie mag. Dit is toegestaan op grond van artikel 40 lid 3. Vrijheden worden in de beleving van jongeren verdiend. Als een jongere laat zien dat hij meer vrijheden aankan, dan mag hij bijvoorbeeld een kwartier alleen naar buiten (binnen het hek) of alleen therapie. Deze tijden kunnen worden uitgebreid, evenals het gebied waarin de betrokkene zich mag bewegen. Een tussenstadium is vaak dat de betrokkene op afspraak alleen naar buiten mag. Op een afdeling met eetstoornissen moeten jongeren gedurende een bepaalde fase in de behandeling een vastgestelde tijd aan tafel blijven zitten.

Het is uiteindelijk de bedoeling dat iemand - net als in een gewone (gezins)situatie - kan gaan en staan waar hij wil, maar daarbij moeten wel de huisregels en school- en therapietijden in acht genomen moeten worden. Andere door jongeren ervaren beperkingen in de bewegingsvrijheid zijn:

- Kamertijd tijdens de overdracht. De reden hiervan is dat tijdens de overdracht geen groepsleiders in de huiskamer aanwezig zijn. Ook wordt wel om opvoedkundige redenen kamertijd gegeven.
- Bedtijd betekent verplicht naar de kamer gaan. (In een groepsgesprek met groepsleiders van diverse instellingen is naar voren gekomen dat soms CFB-technieken worden ingezet om iemand die niet wil slapen naar bed te brengen, CG).
- Men kan niet ieder weekend naar huis; de zelfstandigheid van reizen is beperkt.
- Er mogen geen rijlessen worden genomen.
- De indeling van een speelplaats is ingedeeld in domeinen; elke groep kinderen krijgt op het speelterrein een gedeelte van het terrein toegewezen als hun domein. Op het schoolplein krijgen de kinderen ook een domein toegewezen. De kinderen klagen over de geringe ruimte die hen wordt toebedeeld om te spelen en te fietsen.
- Een meisje van 8 was seksueel misbruikt en daarom moest ze binnen blijven. De twee jongens van 13 die het hadden gedaan liepen wel vrij rond en dat snapte ze niet.
- Tussen de middag is in een instelling een rustprogramma. De kinderen moeten zich dan een uur terugtrekken op de kamer. Als ze weigeren, boos worden enz, gaat de deur op slot. Een kind dat tijdens de rusttijd een patiëntenvertrouwenspersoon bezoekt, moet die rusttijd later inhalen.

Bij de hierboven genoemde beperkingen is niet alleen een opvoedkundige component aanwezig, er is ook sprake van dwang. Jongeren weten heel goed dat niet luisteren consequenties heeft.

Beperkingen in de mogelijkheden van communicatie met de buitenwereld: telefoon en bezoek

In de enquête was de vraag opgenomen: hoe vaak kwamen in het afgelopen jaar beperkingen voor in het bezoek- en telefoonrecht en het recht om post te ontvangen? Nagenoeg unaniem werd ingevuld: nul keer. Tijdens de gesprekken is mij opgevallen dat dergelijke beperkingen zeer vaak voorkomen. Een moeder: "Hans (12 jaar) had een mobiel telefoontje waarmee hij me 25 maal per dag belde. In overleg met ons is hem dat afgenomen. Hij was woedend. Het was zijn verbinding met thuis."

Bijna iedere instelling werkt met (meestal in de huisregels vastgelegde) bezoek- en telefoontijden. Het is opmerkelijk dat deze soms forse beperkingen in de praktijk kenne-

lijk niet als een beperking in de zin van artikel 40 worden gekwalificeerd. De variatie in bezoektijden is zeer groot, variërend van een maal bezoek per week tot dagelijks of uitsluitend op afspraak. De beltijden lopen evenzeer uiteen. In sommige instellingen mag altijd gebeld worden, ook mobiel, behalve tijdens therapie, school en de maaltijden; in een andere instelling heeft een jongere slechts vijftien belminuten per week. Extra belminuten kunnen in sommige instellingen verdiend worden door gewenst gedrag te vertonen of door zich aan de afspraken te houden. Soms moeten mobieltjes op gezette tijden⁶⁶ ingeleverd worden. Jongeren kunnen tijdens een telefoongesprek niet altijd vrijuit praten, soms omdat zij voor het telefoneren de hulp van een groepsleider nodig hebben, soms omdat de telefoon in de gang hangt.

Het bezoekrecht mag overeenkomstig de huisregels slechts worden beperkt, indien van het bezoek ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt moeten worden gevreesd of indien dit nodig is ter voorkoming van verstoring van de openbare orde of van strafbare feiten. Een raadsman, justitiële autoriteit of (hoofd)inspecteur kunnen de patiënt te allen tijde bezoeken. Voor beperkingen in het telefoonverkeer geldt dezelfde norm. Deze beschreven gang van zaken klemmt, omdat hier een spanning is met artikel 9 lid 3 van het Verdrag inzake de rechten van het kind: "De staten (...) eerbiedigen het recht van het kind dat van een ouder of van beide ouders is gescheiden, op regelmatige basis persoonlijke betrekkingen en rechtstreeks contact met beide ouders te onderhouden, tenzij dit in strijd is met het belang van het kind."

Een moeder vindt dat er sprake is van een ongelijke behandeling van kinderen met een psychiatrische ziekte ten opzichte van kinderen met somatische ziekte.⁶⁷ Ouders van kinderen die met een somatische ziekte in het ziekenhuis zijn opgenomen mogen wel altijd bij het kind blijven: "Zij worden geacht op een stretchtje naast het kind te slapen. Kinderen met een psychose hebben een vertrouwd iemand misschien wel net zo hard nodig." Ouderparticipatie staat in de KJP in de kinderschoenen. Van Strien, kinder- en jeugdpsychiater, formuleert het voorzichtig: "Het kan nuttig zijn de ouders mede verantwoordelijk te maken, zeker wanneer zij twifelen aan de bekendheid van het 'recept' voor hun zoon of dochter bij de groepsleiding en zij hun kennis van hun adolescent graag willen overdragen. (...) De adolescent krijgt dan ook minder de kans te splitsen tussen ouders en instelling: er is eendracht. In sommige gevallen kan het zelfs nuttig zijn de ouders in te schakelen bij de separeerverpleging."⁶⁸

Het recht om post te ontvangen mag in het geheel niet worden beperkt, wel mag in aanwezigheid van de patiënt post worden gecontroleerd op meegezonden voorwerpen. Incidenteel wordt in de praktijk het recht op het ontvangen van post wel beperkt. In een dwangbehandelplan stond de zinsnede dat de gesepareerde betrokkene alleen post mocht ontvangen tijdens aanwezigheid (mobilisaties) op de leefgroep. Stel dat het daarvan niet komt, dan kan er ook geen post worden ontvangen. In een separeerprotocol wordt het recht als volgt ingeperkt: "Een patiënt heeft recht op het ontvangen van post. Post kan geopend doorzocht worden wanneer het nalaten hiervan ernstige schade kan veroorzaken bij patiënten en/of medewerkers, de verstoring van de openbare orde of als preventie van strafbare feiten. De patiënt kan er ook voor kiezen dat post ongeopend wordt bewaard tot na de separatie. Het openen van post kan alleen na overleg en met toestemming van de verantwoordelijk psychiater. Alle betrokkenen worden hierin gekend."

⁶⁶ Mogelijk staat dit op gespannen voet met artikel 36 lid 3.

⁶⁷ Mogelijk is hier strijd met het gelijkheidsbeginsel zoals neergelegd in artikel 1 Grondwet en artikel 2 lid 1 Verdrag inzake de rechten van het kind.

⁶⁸ A.P.M. van Strien 2000, p. 331.

Privacy en relaties

Het recht op privacy is in de (Grond)wet en in internationale mensenrechtenverdragen vastgelegd. In artikel 16 van het Verdrag inzake de rechten van het kind wordt bepaald: "Geen enkel kind mag worden onderworpen aan willekeurige of onrechtmatige inmenging in zijn of haar privé-leven, in zijn of haar gezinsleven, zijn of haar woning of zijn of haar correspondentie, noch aan enige onrechtmatige aantasting van zijn of haar eer en goede naam." Wie in een instelling is opgenomen, moet veel inleveren op de privacy. Door vertegenwoordigers van jongeren genoemde - grote en kleine - inbreuken op de privacy zijn:

- Op een aantal meeste groepen is uit veiligheidsoverwegingen een af luistersysteem (intercom) op de slaapkamers geplaatst.
- Geldbeheer is niet altijd in eigen hand; afhankelijk van de afspraken die hierover zijn gemaakt, kunnen bankafschriften worden geopend.
- Als het nodig is moet men zijn kamer tijdens afwezigheid afstaan aan een ander.
- Kinderen en jongeren mogen niet altijd vrijelijk vriendschappen aangaan, aldus meerdere patiëntenvertrouwenspersonen. Een zestienjarige jongen die thuis zijn verjaardag wilde vieren, mocht zijn groepsgenoten niet thuis voor het feest uitnodigen. Hij werd stevig onder druk gezet dit niet te doen, aldus de patiëntenvertrouwenspersoon. Ook is het in die kliniek niet de bedoeling dat jongeren, die met ontslag zijn gegaan, nog contact hebben met ex-groepsgenoten. In een andere instelling zijn vriendschappen toegestaan als je hebt bewezen een goede groepsgenoot te zijn en dat duurt maanden. Een meisje vroeg aan de groepsleiding: wanneer mogen we 'vriendinnen' (dit is een werkwoord, pvp)?
- Ook worden intieme relaties vaak gereguleerd. Een patiëntenvertrouwenspersoon: "Als jongeren verkering hebben mag er de eerste maand niets. Na een maand mogen ze op de kamer een kopje thee met elkaar drinken onder toezicht van een groepsleider."
- Je mag niet praten met de jongeren op de afdeling naast je.

Huisregels

Huisregels mogen niet meer regels bevatten die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in het psychiatrisch ziekenhuis en mogen de vrijheid van handelen van de patiënt niet verder beperken dan voor een ordelijke gang van zaken nodig is. Uiteraard mogen huisregels geen inbreuk maken op de in de wet toegekende patiëntenrechten.

Er zijn ook ongeschreven huisregels in de vorm van gewoonten (zo doen wij dat hier).⁶⁹

Soms bestaan er naast elkaar geschreven en ongeschreven huisregels. Een bloemlezing van regelmatig voorkomende geschreven huisregels:

- De tijden van de maaltijden worden genoemd; buiten de maaltijden mag in sommige instellingen alleen na overleg met de groepsleiding worden gegeten.
- Het programma, schooltijden, therapietijden, bedtijden.
- Vaste bezoektijden ofwel per individu wordt bekeken hoe de bezoektijden worden ingevuld.
- Agressie, ongewenste intimiteiten en (geluids)overlast worden niet getolereerd, evenmin het in bezit hebben van gevaarlijke voorwerpen.
- Telefoontijden, en wijze van telefoneren: variërend van nagenoeg vrij telefoneren tot eenmaal per week een kwartier.
- Roken mag alleen in de huiskamer of buiten.

⁶⁹ Deze heb ik als gevolg van de beperkte onderzoekstijd niet kunnen analyseren.

- Alcohol en drugs zijn niet toegestaan (soms ook niet tijdens weekeind verlof). Een jongerenraad gaat binnenkort met de huisregels rondom alcoholgebruik aan de slag.
- Corveerooster.
- Medicatie wordt verstrekt door de begeleiding en inname gebeurt in het kantoor.
- Het maken van foto's en video-opnamen mag alleen na uitdrukkelijke toestemming.
- Televisietijden en de regel dat de begeleiding kan bepalen naar welke programma's gekeken mag worden.⁷⁰
- Het houden van huisdieren is niet toegestaan.
- Aangeraden wordt privé-bezittingen in de kast op te bergen. Niet overal is een afsluitbare kast.
- Recht op inzage in het verpleegdossier (er wordt niets vermeld over het dossier van de behandelaar, cg).
- Klachten: aan wie ze kunnen voorgelegd. Klachten over de behandeling kunnen aan de klachtencommissie worden voorgelegd. (Dit is niet helemaal juist, ook met andere klachten kan men bij de klachtencommissie terecht, cg). Of: bij voorkeur worden klachten het eerst besproken met je ouders of de groepsleiding en als dat nodig is het unithoofd. (Een jeugdige kan ook direct naar de klachtencommissie of patiënten-vertrouwenspersoon gaan en mag hiervan niet worden weerhouden, cg).
- Een opsomming over welke onderwerpen nog meer informatie beschikbaar is.
- De afspraken in het behandelplan hebben voorrang op de huisregel.

Pedagogische maatregelen in de vorm van sancties

Uit het voorgaande is gebleken dat bij het toepassen van dwangbehandeling, middelen en maatregelen en vrijheidsbeperkingen opvoedkundige overwegingen vaak (mede) een rol spelen. Dit is een rode draad. Het is immers niet altijd te achterhalen of iemand gedragsproblemen heeft, omdat hij psychotisch is of gewoon niet luistert of zich verzet. Pedagogische maatregelen kunnen uiteenlopend van aard zijn; ze kunnen variëren van gezamenlijk iets gezelligs doen (een positieve sanctie) tot en met straf. Bij een negatieve sanctie is sprake van dwang. Geen kind stemt toe in een sanctie.⁷¹ Hoewel leedtoevoeging niet de bedoeling is, ervaren minderjarigen een sanctie toch als straf. Het is in juridisch opzicht een mistig gebied. De Wet Bopz vermeldt hierover niets; er is immers geen verband met een geestesstoornis. Hieronder volgt een opsomming van sancties die tijdens het onderzoek naar voren zijn gekomen.

Sancties met een M & M karakter:

- Een meisje van 12 wilde de afwas niet afdrogen, omdat ze net van thuis een naar bericht had gekregen. Ze moest het toch en moest toen ze weigerde eerst 2 uur op de kamer blijven met de deur op slot. Daarna moest ze met twee personen die haar in een CFB-greep vasthielden alsnog afdrogen. Daardoor heeft ze zich aan een mes verwond. (In dit geval was er geen noodsituatie die een M & M legitimeert.).
- Een verplichte wandeling van twee uur (gedeeltelijk in CFB-greep) naar aanleiding van een wegloopavontuur. Een andere jongen die was weggelopen, moest na zijn terugkomst direct naar de separeer.
- Eten in de afzonderingsruimte.
- Time-out in de separeer; wanneer het kind zich verzet wordt deze gebracht. (Separeeren mag ingevolge de Wet Bopz nooit louter een pedagogische maatregel zijn, omdat een pedagogische maatregel los staat van de geestesstoornis.) In een instelling

⁷⁰ In een instelling kan alleen naar de publieke zenders worden gekeken; de pvp is bezig te bewerkstelligen dat er een satelliet of kabel kom (Vgl. art. 13 Verdrag inzake de rechten van het kind en art. 19 Universele verklaring van de rechten van de mens).

⁷¹ Vlg. Kuijer 1991, p.49 en verder

duurt separeren met verzet 1 uur en zonder verzet 20 minuten.

Sancties in de vorm van vrijheidsbeperkingen:

- Een kind naar de kamer sturen, bijvoorbeeld als iemand te druk is of niet luistert of om na te denken omdat het kind is weggelopen. Of de gang op sturen. Niet alleen naar buiten mogen, bijvoorbeeld naar aanleiding van blowen.
- Kamertijd inhalen, omdat de patiëntenvertrouwenspersoon tijdens het rustuur was bezocht. (Tijdens het rustuur hebben de jeugdigen in die instelling verplicht 'kamer-tijd'.)
- Verplicht buiten afkoelen.

Overige sancties:

- Een droge boterham eten (bij te laat aan tafel komen) of geen lekkers krijgen.
- Extra corvee.
- Tijdelijk eigendommen innemen, bijvoorbeeld de radio als de muziek te hard staat.⁷²
- Geen tv mogen kijken of niet naar muziek mogen luisteren
- Eerder naar bed, soms ook overdag.
- Strafregels schrijven bij herhaaldelijk vloeken.
- Tijdelijk niet met een bepaald kind mogen spelen.
- De kamer leeghalen (strippen) als er spullen vernield worden.⁷³

Er zijn ook voorbeelden van positieve sancties:

- Extra nintendo-tijd of extra televisie kijken.
- Extra belminuten.
- Door gewenst gedrag kan men puzzelstukjes verdienen en als de puzzel af is volgt er een blijk van waardering.
- Iets lekkers geven.
- Een beloningssysteem: bij goed gedrag mag je in het weekeinde een nacht naar huis. Ook kunnen door goed gedrag telefoontjes en vrije tijd worden verdiend. (Dit systeem staat mijns inziens op gespannen voet met de wet en het Verdrag inzake de rechten van het kind: het toestaan van weekeindverlof hangt immers af van de beoordeling of er al dan niet sprake is van gevaar en vrij telefoonrecht behoort uitgangspunt te zijn en niet verdiend te worden.)

Conclusie

Bewegingsvrijheid wordt in de beleving van jongeren verdiend door je aan de afspraken te houden. Het wettelijk systeem is omgekeerd: het recht op bewegingsvrijheid is uitgangspunt en dit kan vanwege in de wet omschreven gronden worden beperkt. Een afdeling waar jongeren onvrijwillig zijn opgenomen is veelal een gesloten afdeling. Het is gebruikelijk om een jeugdige die net is opgenomen een aantal dagen geen bewegingsvrijheden te geven. Dit is voor de hulpverlener een dilemma. Aan de ene kant is er bij iemand die net is opgenomen meestal geen sprake van een van de wettelijke gronden om de bewegingsvrijheid te kunnen beperken. Aan de andere kant is het invoelbaar dat een hulpverlener zwaar aan de zorgplicht tilt, en uiterst voorzichtig is met een jongere die gedwongen is opgenomen en die hij nog niet goed kent. Als een jongere laat zien dat hij meer vrijheden aankan, dan mag hij bijvoorbeeld een kwartier alleen naar buiten (binnen het hek) of alleen naar therapie. Deze werkwijze kan zeer goed worden verdedigd op grond van de WGBO-norm van de zorg van een goed hulpverle-

⁷² Dit dient te worden getoetst aan artikel 36 lid 3.

⁷³ Van der Lugt 2000, p. 46. De jongere kan daarna op de gestripte kamer worden afgezonderd (met de deur op slot).

ner. Bij andere beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid is een opvoedkundige (straf)component aanwezig.

Het recht op bezoek en telefoon wordt zeer wisselend ingeperkt. Het is opmerkelijk dat deze soms forse beperkingen door hulpverleners niet als beperkingen in de zin van artikel 40 worden gekwalificeerd. Deze gang van zaken klemmt, omdat hier een spanning is met artikel 9 lid 3 van het Verdrag inzake de rechten van het kind: "De staten (...) eerbiedigen het recht van het kind dat van een ouder of van beide ouders is gescheiden, op regelmatige basis persoonlijke betrekkingen en rechtstreeks contact met beide ouders te onderhouden, tenzij dit in strijd is met het belang van het kind." Het bezoekrecht van kinderen en jongeren met een somatisch ziekte wordt niet of nauwelijks ingeperkt. Mogelijk staat dit op gespannen voet met het grondwettelijke en internationaalrechtelijke gelijkheidsbeginsel. In bijzondere gevallen wordt het recht post te ontvangen tijdens separatie meer ingeperkt dan wettelijk is toegestaan.

Het recht op privacy is in de (Grond)wet en in internationale verdragen gecodificeerd. Wie in een instelling is opgenomen, moet veel inleveren op de privacy. Opmerkelijke grote en kleine inbreuken op de privacy zijn: een afluistersysteem (intercom) dat op de slaapkamers is geplaatst, geldbeheer is niet altijd in eigen hand (bankafschriften kunnen worden geopend), kinderen en jongeren mogen niet altijd vrijelijk vriendschappen en intieme relaties aangaan.

Bij een pedagogische maatregel in de vorm van een negatieve sanctie is altijd sprake van dwang. Het is een in juridisch opzicht mistig gebied. Geen enkele jongere stemt in met straf, en de Wet Bopz ziet niet op pedagogische sancties; er is immers geen verband met een geestesstoornis. Sommige in de praktijk toegepaste sancties zijn niet proportioneel of houden op onrechtmatige gronden middelen en maatregelen of vrijheidsbeperkingen in.

3.3.5 Culturele en seksespecifieke aspecten

Culturele aspecten

Aan elke instelling is gevraagd uit welke landen de jongeren met een Bopz-titel kwamen (de vijf meest recente situaties). De volgende landen werden genoemd:

Tabel 7: land van herkomst van jeugdigen met een Bopz-titel.

Land van herkomst	Aantal jongeren met een RM of IBS
Nederland.	31 (65%)
Zuid-Afrika	1
Siërra Leone	1
Rusland	1
Somalië	1
Marokko	4 (8%)
Turkije	3 (6%)
Bosnië-Herzegovina	1
Kaap Verdië	1
Colombia	1
Onbekend	3
Totaal	48

Het was niet mogelijk om binnen de gegeven onderzoekstijd grondig in te gaan op de culturele aspecten van toepassing van de wet. Daarvoor was de diversiteit van culturen te groot.

Een verpleegkundige merkte op dat mensen uit een andere cultuur soms op een andere manier uiting aan een psychose geven. Hierdoor is het soms moeilijk om vast te stellen

aan welke psychiatrische ziekte iemand lijdt. Minderjarige alleenstaande asielzoekers hebben meestal niemand op wie ze kunnen terugvallen, waardoor er bij de beoordeling van de vereisten voor IBS of RM eerder gevaar wordt aangenomen. Een hulpverlener in een kliniek voor forensische jeugdpsychiatrische dagbehandeling heeft vaak te maken met allochtone jongeren: “Zestig tot zeventig procent van de jongeren is van allochtone afkomst. Zij hebben vaak tekorten op meerdere gebieden. Het is niet altijd duidelijk wat nu zuivere psychiatrie is. Het is vaak de vraag wat nu precies de oorzaak van de gedragstoornissen is (het kan van alles zijn). Er zijn ouders die geen Nederlands spreken. Zij hebben niet altijd vertrouwen in de behandelaars. In Turkse gezinnen komt de laatste tijd vaak echtscheiding voor, wat gepaard kan gaan met ruzies en geweld. Kortom, thuis is het niet veilig. Men schaamt zich ervoor om dit te vertellen, ook omdat men niet weet wat we met deze informatie doen.”

Seksespecifieke aspecten

Het was ook niet mogelijk om binnen de gegeven onderzoekstijd grondig in te gaan op de seksspecifieke aspecten van de wet. Een paar opmerkelijkheden zijn echter vermeldenswaard. Volgens een patiëntenvertrouwenspersoon worden meisjes vooral gesepareerd of afgezonderd om ze tegen zichzelf te beschermen en jongens wegens agressief gedrag of ordeverstoring. Bij meisjes wordt soms de bewegingsvrijheid beperkt, omdat men bang is voor seksueel misbruik. Een patiëntenvertrouwenspersoon vertelde over een 8-jarig meisje dat was misbruikt en daarom binnen moest blijven. De twee jongens van 13, die het gedaan hadden, mochten wel vrij rond lopen en dat snapte ze niet.

Uit de gegevens van Bopzis-2 van het jaar 2000 komt het volgende beeld naar voren.

Tabel 8: seksspecifieke aspecten.

	Jongens Absoluut	Jongens in %	Meisjes absoluut	Meisjes In %	Onbekend absoluut	Onbekend in %
Voorlopige RM	50	65	26	34	1	1
Voortgezette RM	12	46	14	54	0	0
RM eigen verzoek	1	33	2	67	0	0
Afgewezen RM	7	64	3	27	1	9
Aantal IBS	96	58	69	42	0	0
Afgewezen IBS	31	66	16	34	0	0
Dwangbehandeling	31	25	91	75	0	0
M & M	85	45	102	54	1	1

Bron: Bopzis-2

De tendens in het jaar 2000 is dat jongens relatief vaker dan meisjes onvrijwillig (met een RM of IBS) werden opgenomen. De verhouding jongen-meisje was grofweg 60-40 %. Meisjes ondergingen relatief vaker een dwangbehandeling. De verhouding jongen-meisje was bij dwangbehandelingen ongeveer 1 : 3. De verschillen in sekse lopen bij het voorkomen van middelen en maatregelen minder uiteen.

3.3.6 Klachtrecht

In deze paragraaf wordt het klachtrecht in de KJP besproken. Er zijn diverse manieren om een klacht te uiten:

- overleggen met de hulpverlener of ouders;
- neerleggen bij de patiëntenvertrouwenspersoon;
- indienen bij de klachtencommissie op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ);
- indienen bij de klachtencommissie ex artikel 41 Wet Bopz;
- melden aan de Inspectie voor de gezondheidszorg;⁷⁴
- een strafrechtelijke of civiele procedure aanspannen;
- een procedure bij de tuchtrechter aanspannen.

In de kinder- en jeugdpsychiatrie worden betrekkelijk weinig klachten ingediend. Dit heeft te maken met het feit dat kinderen en jongeren afhankelijk zijn van ouders en andere opvoeders; vooral kinderen onder de 12 jaar zijn loyaal jegens hen. Voor kinderen onder de zes jaar heeft klachtrecht nauwelijks een functie; het woord klacht is voor hen een onbekend begrip, zo meent een patiëntenvertrouwenspersoon. De meeste klachten worden met de hulpverlener besproken. Kinderen klagen als ze oneerlijk worden behandeld; verdiende straf wordt niet erg gevonden. Volwassenen geven de klacht vervolgens een juridisch sausje.

Op mijn vraag aan vertegenwoordigers van jongerenraden: 'Wat gebeurt er als iemand klaagt over dwangtoepassingen?' werd uiteenlopend geantwoord:

- Ze negeren het of ze matsen je juist.
- Dan krijg je op je donder; je mag niet klagen.
- Ze pakken je nog strenger aan.
- Er wordt wel naar geluisterd, maar er verandert niets.
- Er wordt wel geluisterd door de groepsleiders, maar de rechter moet beslissen.
- Ik weet het niet.

Procedurele klachtrecht

Het procedurele klachtrecht is voor de volwassenenpsychiatrie en de kinder- en jeugdpsychiatrie gelijk. Uit een onderzoek van Wolters⁷⁵ is naar voren gekomen dat de meeste instellingen voor KJP een klachtrecht hebben, maar dat deze reglementen niet specifiek op minderjarigen zijn gericht. Alle reglementen hanteren standaardformuleringen. Tevens voldoen de door Wolters geanalyseerde reglementen niet aan de eisen van artikel 2 WKCZ en artikel 41 Wet Bopz. Er worden door klachtencommissies uitsluitingsgronden gehanteerd die niet in de wet staan

Er is een tamelijk hoge drempel om te klagen. Wolters verklaart dit door de geringe bekendheid van de klachtprocedure bij jeugdigen en door het feit dat de meeste klachtrechtreglementen de mogelijkheid van ondersteuning (bijvoorbeeld door een patiëntenvertrouwenspersoon) niet noemen.⁷⁶ In sommige klachtrechtreglementen is de mogelijkheid van gescheiden horen opgenomen. Dit is belangrijk, omdat het voor jeugdigen vaak moeilijk is om in aanwezigheid van de aangeklaagde over de klacht te praten. Het maken van een schriftelijk verslag is daarbij onmisbaar, aangezien uit het principe van hoor en

⁷⁴ Leidraad Onderzoek door de Inspectie voor de gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen. Strct. 236, 5 december 1996.

⁷⁵ Wolters 2001, p. 28-42.

⁷⁶ Wolters 2001, p. 56-60.

wederhoor voortvloeit dat klager en aangeklaagde op elkaar moeten kunnen reageren.⁷⁷ Medewerkers van een klachtencommissie hebben als gevolg van de hoge drempels bij het indienen van een klacht weinig ervaring met klachtrecht. Een functionaris van een klachtencommissie schrijft: “Tot op heden heb ik geen klachten gehad die betrekking hadden op toepassing van de Wet Bopz in de KJP. De bekendheid met de inhoud van de wet inzake klachtprocedures is zeer beperkt. Mocht de klachtencommissie een klacht voorgelegd krijgen dan zal de wet nader bestudeerd worden. Inhoudelijk heb ik geen beeld van de werking van de wet, ook niet inzake het klachtrecht.”

In drie van de bestudeerde dertien klachten ex artikel 41 (die betrekking hadden op de KJP) werd de termijn voor het doen van een uitspraak overschreden met 8 en 12 dagen en drie en een halve maand. Een klachtencommissie beklagt zich tussen de regels van de overwegingen over de korte wettelijk termijn van veertien dagen waarin de commissie een beslissing moet nemen. Hoewel in enkele door de klachtencommissie gegrond verklaarde klachten om een schorsing van de separatie was verzocht, werd dit niet toegekend. Naar aanleiding van een andere gegronde klacht over intrekking van vrijheden zijn de vrijheden hersteld. Jongeren worden in een procedure kennelijk niet altijd serieus genomen. Illustratief is de zaak van een 14-jarig meisje van wie de klacht over separatie en dwangbehandeling gegrond werd verklaard. Ze vroeg om schadevergoeding en de vordering werd naar de verzekeraar doorgestuurd. De verzekeraar keerde niet uit, omdat een kind niet onder dergelijke zaken zou kunnen lijden.

Kwantitatieve gegevens

Volgens gegevens van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon over het jaar 2000 hadden kinderen tot 12 jaar 34 maal een vraag of een klacht over een vorm van dwangtoepassing. Ter vergelijking: 30 vragen en klachten hadden in dezelfde periode betrekking op bejegening. Jongeren ouder dan 12 jaar hadden 135 vragen en/of klachten over een vorm van dwangtoepassing. In 2000 leidden vijf van deze klachten tot een zaak bij de Bopz- klachtencommissie ex artikel 41; vier klachten gingen over dwangmiddelen en één over vrijheidsbeperking. Het betrof alle klachten van jongeren ouder dan twaalf jaar. Er zijn volgens deze gegevens geen klachten geuit over het besluit iemand wilsonbekwaam te verklaren of over het niet toepassen van het behandelplan. Uit de enquête is naar voren gekomen dat er ook een klacht is geweest over het niet aanwezig zijn van een behandelplan. In de onderzochte periode zijn - voor zover kon worden nagegaan - in de KJP geen klachten ex artikel 41 aan de rechter voorgelegd.

Tabel 9: vragen en klachten in 1998-2000.

Onderwerp klacht	1998		1999		2000	
	< 12 jaar	12 jaar of ouder	< 12 jaar	12 jaar of ouder	<12 jaar	12jaar of ouder
Totaal 1998-2000: 545						
Dwangopneming	1	43	3	18	0	36
Dwangbehandeling	0	8	1	9	0	2
Dwangmiddelen	3	41	4	49	10	35
Vrijheidsbeperking	18	54	19	62	16	47
Overige dwang	1	3	3	7	2	1
Pedagogische maatregel	0	4	10	15	6	14
Totaal	23	153	40	160	34	135

Bron: Stichting patiëntenvertrouwenspersoon.

⁷⁷ Wolters 2001, p. 60-61.

Tabel 10: aantallen klachtencommissiezaken in 1998-2000.

Soort klacht	1998	1999	2000
Dwangopneming			
Dwangbehandeling		2	
Dwangmiddelen	1	3	4
Vrijheidsbeperking			1
Overige dwang			
Pedagogische maatregel			
Totaal	1	5	5

Bron: Stichting patiëntenvertrouwenspersoon.

Uit de bovenstaande tabellen volgt dat de meeste klachten bij de pvp betrekking hebben op dwangopneming, dwangmiddelen en vrijheidsbeperkingen. De overgrote meerderheid van de klachten wordt na bemiddeling afgedaan en komt niet voor de klachtencommissie. Dit geldt zowel voor artikel 41 klachten als voor de overige klachten. Hierna volgen enkele - om de anonimiteit te waarborgen op bepaalde punten gewijzigde - voorbeelden van situaties waarover is geklaagd bij een klachtencommissie ex art. 41.

Dwangbehandeling

Klachten over dwangbehandeling hebben op diverse behandelingen betrekking. Een klacht over in het behandelplan beschreven 'ingrijpmedicatie' werd ongegrond verklaard, omdat het CFB-team (Controle Fysieke Beheersing, zie paragraaf 3.3.3) er niet in was geslaagd door separatie het contact te herstellen en de klager op dat moment nog altijd in een toestand van razernij verkeerde. Het was de commissie niet gebleken dat de betrokkene zich bij het verzet tegen de separatie uitdrukkelijk, weloverwogen en bewust op het standpunt had gesteld het oneens te zijn met de inhoud van het behandelplan en hiermee (een gedeelte) van het behandelplan had opgezegd.

Een klacht over dwangbehandeling door toepassing van een kamerprogramma, waarbij de vrijheden van de klager werden beperkt tot twee afdelingsmomenten van een uur per dag, achtte de commissie gegrond. De commissie toetste aan het subsidiariteitsbeginsel en oordeelde dat gevaar voor brandstichting op een andere wijze dan een ingrijpende manier dan separatie⁷⁸ kan worden afgewend.

De meeste klachten over dwangbehandeling zijn gericht tegen het toepassen van dwangbehandeling in de vorm een separeerprogramma dat kan variëren van enkele dagen tot van enkele weken.

Voorbeelden (uit klachtzaken over separatie als dwangbehandeling uit de periode 1996-2000) van handelingen die door klachtencommissies als gevaarlijk zijn gekwalificeerd zijn:

- brandgevaarlijk gedrag,
- het drinken van gevaarlijke vloeistoffen,
- automutilatie,
- (dreigend) agressief gedrag.

In een zaak over disproportionele voorzetting van separatie in het kader van dwangbehandeling (stappenplan) werd gesteld dat het enkel uiten van verbale dreigementen of gooien met zaken die niet leiden tot ernstig gevaar voor een patiënt of derden, niet

⁷⁸ Onjuiste term.

voldoende is om aan te nemen dat er sprake is van een noodsituatie. Uit het dossieronderzoek in deze zaak, blijkt dat het om dwangbehandeling gaat, maar de commissie toetst (onterecht, cg) aan de hand van artikel 39 (middelen en maatregelen ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie welke door de patiënt als gevolg van de geestesstoornis is veroorzaakt). Een klacht van een jongen met een IBS over een separeerstappenprogramma werd gegrond verklaard, omdat er geen geldig behandelplan was en niet aan de vereisten van artikel 39 was voldaan.

CFB

In zijn algemeenheid, zo stellen de patiëntenvertrouwenspersonen, zijn er veel klachten over het toepassen van CFB-technieken. Deze grepen doen veelal pijn als de jeugdige zich verzet en soms leidt dit tot lichamelijk letsel. Een ouderpaar diende een klacht in, omdat hun dochter letsel had opgelopen. Hoewel het overmeesteren een primaire fysieke reactie is, schrijft het toepasselijke CFB-protocol voor dat gepaste afstand gehouden moet worden en op een andere manier geprobeerd moet worden met een jeugdige in contact te komen. Deze klacht werd gegrond verklaard, omdat er onreglementair CFB- technieken waren toegepast, hetgeen resulteerde in disproportioneel geweld jegens de cliënte. Het is de commissie niet gebleken dat de situatie dermate bedreigend was dat CFB-technieken geïndiceerd waren. In het ziekenhuis werd geconstateerd dat cliënte een gekneusde rib had.

Vrijheidsbeperking

Een klacht over vrijheidsbeperking die aan de klachtencommissie werd voorgelegd is na bemiddeling ingetrokken. Er zijn afspraken gemaakt tussen de patiënt en de behandelaar. Naar aanleiding van deze klacht heeft de sectordirecteur besloten een adequate informatievoorziening ten aanzien van patiëntenrechten in te stellen en duidelijkere huisregels op te stellen. In een andere zaak klaagde een 16-jarige jongen erover dat naar aanleiding van een brandstichting zijn vrijheden waren ingetrokken. De commissie oordeelde dat deze beperking van het recht op bewegingsvrijheid niet in de behandelovereenkomst was overeengekomen en verklaarde de klacht gegrond. De jongen kreeg zijn vrijheden weer terug.

Pedagogische handelingen/bejegening

Een klacht ingevolge de WKCZ had betrekking op het geven van onvoldoende steun en begeleiding, en gedwongen ontslag. Hoewel de cliënte aangaf bang te zijn, werd zij een keer 's avonds om een uur of tien in het donker naar buiten gesleurd om af te koelen. De commissie oordeelde dat de klacht over het gedwongen ontslag ongegrond was, hoewel dit niet geheel zorgvuldig uitgevoerd was, en is (aangezien het onmiskenbaar om dwang gaat) mijns inziens ten onrechte niet ingegaan op het onvrijwillig buiten doen afkoelen.

Inhoudelijke behandeling door de klachtencommissie

De klachtencommissies toetsten zeer wisselend. In sommige gevallen werd stapsgewijs het wettelijk systeem gevolgd en daarna getoetst aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Een andere commissie redeneerde meer behandelinhoudelijk. Dit kan - bijvoorbeeld - leiden tot de conclusie dat gegeven de omstandigheden geen andere opstelling van de instelling kon worden verwacht of de constatering dat er voor de betreffende patiënt geen ander setting mogelijk is in combinatie met een toetsing of het separeerprogramma op weloverwogen wijze tot stand is gekomen. Naar aanleiding van een klacht werd door de behandelaar toegegeven dat de separatie weliswaar in strijd is met het recht, maar toch noodzakelijk, omdat de betrokkene

behoefte had aan structuur en een prikkelarme omgeving. Deze commissie oordeelde dat de juridische grond voor separatie inderdaad ontbrak. Er was geen sprake van een noodmaatregel in de zin van artikel 39 en er was geen formele beslissing tot dwangbehandeling in de zin van artikel 38 lid 5 genomen. De commissie beval aan dwangbehandeling toe te passen conform artikel 38 lid 5 en te zoeken naar wegen om de behandelrelatie met de cliënt te herstellen. De separatie werd niet geschorst.

In een aantal zaken werd van de gelegenheid gebruik gemaakt om aanbevelingen te doen. Enkele voorbeelden van aanbevelingen zijn:

- De motivatie voor verlenging van middelen en maatregelen dient zodanig te worden geregistreerd, dat altijd voor derden vaststelbaar is dat er zorgvuldig is gehandeld.
- Op basis van humaniteit zou de cliënt dagelijks frisse buitenlucht moeten kunnen krijgen.
- In een behandelplan was vastgelegd dat de toiletdeur altijd op een kier moest blijven. De klachtencommissie stelde dat het om privacyredenen aan te bevelen is om voor het toiletgebruik van een patiënt, waarvoor permanenten bewaking geldt, een meer afgescheiden mogelijkheid te scheppen.
- Het is nodig om na te gaan of de protocollen in overeenstemming met de Wet Bopz zijn, voldoende duidelijk zijn en bij de medewerkers bekend zijn,
- Het is zorgvuldig indien de noodzaak tot separatie om de dag wordt geëvalueerd.
- Voor het onderzoeken van een klacht is het van belang dat het onderzoeksteam van de klachtencommissie na een verzoek daartoe inzage kan krijgen in alle aantekeningen en dossierstukken die onder artikel 56 staan genoemd.
- Ten overvloede wordt opgemerkt dat wat betreft het opbouwen van vrijheden niets is vermeld in de informatiefolders van de instelling, noch over de behandelovereenkomst.

De kinderpatiëntenvertrouwenspersoon

Uit gesprekken met kinderpatiëntenvertrouwenspersonen komt naar voren dat effectueren van klachtrecht moeilijk is. Een kind kan weinig doen zonder een volwassene die voor hem opkomt. De patiëntenvertrouwenspersoon (pvp) stelt zich lijdelijk op, dat wil zeggen dat hij een afwachtende houding aanneemt. Hij behartigt de belangen van patiënten zoals patiënten deze zelf zien. Soms komt de pvp een incident ter ore, bijvoorbeeld een gebroken arm als gevolg van het toepassen van CFB-technieken bij een 10-jarig kind, waarvan het zeer belangrijk is dit uit te zoeken. Als het kind dit echter niet wil, zal hij niets doen, zelfs al zou het algemeen belang ermee gediend zijn. Een ander probleem heeft te maken met de afhankelijkheid van kinderen. Patiëntenvertrouwenspersonen vinden dat zij in de KJP coulanter zijn voor hulpverleners dan bij volwassenen: "Ik manoeuvreer zeer voorzichtig in mijn werk; jongeren zijn afhankelijk van de instelling en van hun ouders. Ik heb die plek niet waar ze naartoe zouden kunnen." Ook komt het voor dat betrokkenen (jeugdigen en ouders) de energie of de juiste woorden niet hebben om met een klacht aan de slag te gaan. Sommigen kiezen voor de veilige weg, omdat ze terugdeinzen voor de gevolgen van een klacht voor de behandelrelatie. Patiëntenvertrouwenspersonen hebben de gewoonte om als zij een lijn in de vragen en klachten ontdekken of een misstand signaleren hierover een signaal uit te doen gaan naar de geneesheer-directeur, cliëntenraad en/of de Inspectie. Er zijn in de onderzochte periode signalen over de volgende onderwerpen uitgegaan:

- De speelplaats is ingedeeld in domeinen; elke groep kinderen krijgt op het speelterrein een gedeelte van het terrein toegewezen als hun domein (daarnaast krijgen zij op het schoolplein ook ruimte toebedeeld, cg). De kinderen klagen over de geringe ruimte die hen wordt toebedeeld om te spelen en te fietsen. Deze beperking van hun

bewegingsvrijheid is alleen mogelijk als voldaan aan de gronden van artikel 40; dit moet individueel worden beslist.

- Het is onmogelijk om zonder tussenkomst van een groepsleider de pvp te bellen.
- Op de gesloten afdeling komen soms ongewenste intimiteiten voor.
- Een kabelaansluiting voor de televisie ontbreekt.⁷⁹
- De jeugdigen hebben geen afsluitbare kasten op hun slaapkamer.
- Het separeren en onbegeleid afzonderen van kinderen jonger dan twaalf jaar komt voor, evenals het separeren van vrijwillig opgenomen jongeren, ouder dan twaalf jaar. Ouders worden niet altijd ingelicht over separatie.
- In een prikkelarme ruimte is te weinig privacy. Vanaf de speelplaats kan naar binnen worden gekeken, omdat er niet voorzien is in een gordijn of iets dergelijks.

De patiëntenvertrouwenspersonen denken wisselend over de vraag of klachtrecht (in brede zin) tot verbeteringen van de toepassing van de wet leidt. Een pvp constateert dat haar interventies waarschijnlijk wel effectief zijn. Zij had zelfs aan de groepsleiding gevraagd of de jongeren haar folder nog wel kregen. Dat bleek wel het geval te zijn. Een andere pvp is pessimistischer. Hij constateert als bijwerking van een goede klachtencommissie een toenemend defensieve houding van de hulpverleners; alles wordt dichtgetimmerd.

Conclusie

De betekenis van het klachtrecht mag niet worden overschat. Doordat de procedurele voorschriften op volwassenen ingesteld zijn, en kinderen en jongeren in een afhankelijke positie verkeren, is de drempel om te klagen hoog. De meeste vragen en klachten worden door de kinderpatiëntenvertrouwenspersoon behandeld; in slechts enkele gevallen leidt dit tot een procedure bij de klachtencommissie ex artikel 41. De zaken die in de onderzochte periode door de klachtencommissie ex artikel 41 werden behandeld hadden betrekking op dwangbehandeling, middelen en maatregelen en vrijheidsbeperkingen.

De klachtencommissies toetsen zeer wisselend. In de motivering wordt soms wordt stapsgewijs het wettelijk systeem gevolgd en daarna getoetst aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Andere klachtencommissies redeneren meer behandelinhoudelijk. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot de conclusie dat gegeven de omstandigheden geen andere opstelling van de instelling kon worden verwacht. Een enkele maal wordt een wettelijke term onjuist gebruikt of een wettelijke bepaling onjuist toegepast. De wettelijke beslistermijn wordt niet altijd gehaald.

3.4 Staatstoezicht

3.4.1 De Inspectie voor de Gezondheidszorg⁸⁰

Toezicht

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt in het kader van artikel 63 – 65a toezicht op naleving van de Wet Bopz, met name door middel het afleggen van

⁷⁹ Het rechtstreeks werkende artikel 10 EVRM bepaalt: " Een ieder heeft recht op vrijheid van meningsuiting. Dit recht omvat de vrijheid een mening te koesteren de vrijheid om inlichtingen of denkbeelden te ontvangen of te verstrekken, zonder inmenging van enig openbaar gezag en ongeacht grenzen."

⁸⁰ De bevindingen van deze paragraaf zijn beschreven, zijn gebaseerd op interviews met drie medewerkers van de geneeskundige hoofdinspectie, een regionaal inspecteur, een Bopz-medewerker van een regionale inspectie en diverse documenten van de Inspectie.

bezoeken aan de instellingen en het toetsen van meldingen. De handhavingstaken van de Inspectie zijn beschreven in het 'Handboek Bopz'. Het is in de KJP niet voorgekomen dat de Minister op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen een schriftelijke aanwijzing heeft gegeven die betrekking heeft op de een Bopz-aangelegenheid. In de gesprekken is nadrukkelijk aan de orde gesteld, dat voor een optimaal toezicht op de naleving van de Wet Bopz in de KJP onvoldoende menskracht is en dat men het voor-nemen heeft een inhaalslag te maken.

In de jaarverslagen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996 – 1999 wordt nauwelijks gerapporteerd over specifieke problemen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. In de jaarrapportage 1996 wordt ingegaan op de nijpende capaciteitsproblemen in de KJP: "In een geval werd door een burgemeester een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek 'gedwongen' tot opname van een kind met een IBS. Ook dit mocht niet baten: de (geringe) sanctie op het niet-opnemen werd door de kliniek op de koop toegenomen."⁸¹ In de jaarrapportage 1997 werd kort ingegaan op de gevolgen van de capaciteitstekorten: kinderen met een opname-indicatie voor wie geen plaats is, lopen de kans onder de handen van ouders en ambulante hulpverleners vandaan te glippen, en terecht te komen in criminele, verslaafden- en/of prostitutiecircuits.⁸² In datzelfde jaar werd naar aanleiding van vragen van een pvp gesignaleerd dat er problemen zijn bij het afgrenzen van pedagogische maatregelen en Bopz-maatregelen. De situatie in de KJP werd in het jaarverslag over 2000 uitgebreid aan de orde gesteld dan in de voorgaande jaren. De toegankelijkheid van crisisopvang is door opnameproblemen in gevaar gekomen. De Inspectie constateerde voor het jaar 2000 dat: "in de kinder- en jeugdpsychiatrie nog niet overal de plaatsen in het kader van de Wet Bopz zijn gerealiseerd."⁸³ (Zie verder paragraaf 3.5.) Verder werd gesignaleerd dat het behandelklimaat in de GGZ door het aanhoudende personeelstekort vaak sterk onder de maat bleef. In de regio Zuid-Holland werden enkele (kinder)afdelingen gesloten door een tekort aan sociotherapeuten en verpleegkundigen.⁸⁴ Door het tekort aan verpleegkundigen kregen patiënten niet de zorg en aandacht die ze nodig hebben. Het gevolg hiervan was dat eerder werd overgegaan tot het toepassen van dwangbehandeling en middelen en maatregelen.⁸⁵ Ook maakte de Inspectie zich in algemene zin zorgen over het feit dat mensen voor wie een inbewaaringstelling is afgegeven in de regio Amsterdam in 32 % van de gevallen langer dan 6 uur in een politiecel moesten verblijven, ondank andersluidende afspraken in de regio Amsterdam. In dit Amstelzorgakkoord was ook vastgelegd dat crisisbeoordeling niet op het politiebureau behoort plaats te vinden (Zie ook paragraaf 3.2: Uitvoering van onvrijwillige opnemings.)

Klachten

De Inspectie gaat alleen in op meldingen van klachten die boven het belang van de individuele klager uitstijgen.⁸⁶ De Inspectie heeft nog nooit bij de rechter een verzoekschrift ingediend voor een minderjarige cliënt wiens klacht ongegrond was, of niet tijdig behandeld, dan wel voor een minderjarige cliënt die zelf niet kon klagen.

Bezoeken aan de instellingen

De Inspectie kent drie soorten toezicht: het algemeen toezicht, het thematisch toezicht en het crisis- of interventietoezicht. Uit de enquête kan worden afgeleid dat de frequen-

⁸¹ Jaarrapportage IGZ 1996, p. 74.

⁸² Jaarrapportage IGZ 1997, p. 87.

⁸³ Jaarrapportage IGZ 2000, p. 23.

⁸⁴ In de looptijd van dit onderzoek werd ook een kinderafdeling gesloten.

⁸⁵ Jaarrapportage IGZ 2000, p. 24.

⁸⁶ Leidraad Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen. Stort. 5 december 1996, 236.

tie van inspectiebezoeken voor de diverse instellingen zeer uiteenlopend is, variërend van een maal per twee jaar tot acht maal per jaar op diverse afdelingen. Ook de invulling van de bezoeken loopt zeer uiteen. De volgende antwoorden (op de vraag naar de rol van de Inspectie) werden door de KJP-instellingen gegeven:

- Er vindt Bopz-overleg plaats, met lage frequentie volgt een algemeen bezoek.
- Meldingen van dwangbehandelingen, middelen en maatregelen calamiteiten worden doorgesproken.
- Afdelingen (door inspecteur vastgesteld) worden bezocht; er werden gesprekken gevoerd met medewerkers, patiënten, cliëntenraad, directeur, 1e geneeskundige en er vond een dossieronderzoek plaats.
- De Inspecteur gaat soms alleen op bezoek bij de Raad van Bestuur voor de bespreking van middelen en maatregelen formulieren.
- De Inspecteur bezoekt de afdeling, praat met het personeel en soms met een à twee patiënten. Hij bekijkt een paar statussen.
- Doel van het bezoek is (1) informatie krijgen over stand van zaken en het voorgenomen beleid, (2) evaluatie van (dreigende) calamiteiten (3) het toetsen van procedures rondom de Wet Bopz, met name middelen en maatregelen.
- De Inspecteur gaat op visite bij de directie. Daar worden casussen doorgenomen; vanuit de afdeling worden statussen ter beschikking gesteld.
- De Inspectie is onlangs geweest. Van het bezoek wordt een officieel verslag gemaakt. Het 'Handboek zorg' werd zorgvuldig beoordeeld, de afdelingen werden aan een inspectie onderworpen en er vond een dossieranalyse plaats.
- Het was een kennismaking; daarnaast werd inzage in protocollen gevraagd, werden 'moeilijke' patiënten besproken. Er is regelmatig telefonisch contact op initiatief van de behandelaar of de Inspectie met als doel adviseren en informeren.
- Het bezoek houdt in: overleg, casusbespreking, soms bezoek aan klinische setting.
- De laatste visitatie was vrij uitgebreid: een gesprek met directie, bespreking van de protocollen, het bezoek aan de Bopz-afdeling, het bestuderen van enkele dossiers, een gesprek met enkele Bopz- patiënten, het bespreken van onduidelijkheden op de aan de Inspectie gezonden formulieren.

Momenteel (2001) is in het kader van algemeen toezicht een onderzoek gaande in 8 KJP-instellingen. Het is een thematisch toezicht met als thema 'Kwaliteit van zorg in de KJP'. De veronderstelling is dat de relatie tussen de Kwaliteitswet en de Wet Bopz binnen de instellingen niet goed is uitgewerkt. Er wordt bij dit thematische onderzoek met behulp van een uitgebreide vragenlijst gewerkt. Met name wordt gelet op de kwaliteit van zorg en het beleid t.a.v. middelen en maatregelen. Onderzocht worden:

- de positie van de geneesheer-directeur;
- nota's t.a.v. dwang en drang;
- het middelen en maatregelen protocol
- rechtspositie.

De medewerkers, die worden geïnterviewd, vormen een dwarsdoorsnede van de instelling. Nagegaan wordt of de antwoorden over de hele linie consistent zijn. Pas na afronding van dit algemene onderzoek, een nulmeting, kunnen de processen in de diepte getoetst worden. De nota's en protocollen worden aan de hand van een uitgebreide checklist uitgebreid onder de loep genomen.

Toetsing van meldingen dwangbehandeling/middelen en maatregelen

De Inspectie ondervindt bij de instellingen weerstand tegen het registreren en melden. Zo is het bijvoorbeeld niet de bedoeling dat instellingen elke drie maanden een meldingenoverzicht sturen, maar dat bij het begin van dwangbehandeling en middelen en

maatregelen direct of zo spoedig mogelijk wordt gemeld. Momenteel (juni 2001) worden de regionale checklijsten voor de toetsing van meldingen gestandaardiseerd en daarna zullen zij worden omgewerkt voor specifiek gebruik in de KJP.

De geprotocolleerde gang van zaken bij de toetsing van meldingen van dwangbehandeling in de zin van artikel 38 lid 5 is als volgt:

- De Inspectie ontvangt een schriftelijke melding van de start van de dwangbehandeling.
- De Bopz-medewerker beoordeelt of de melding compleet is. Aangegeven dient te worden: de juridische status, of de patiënt gebruik kan maken van de klachtregeling, de verantwoordelijke personen, de redenen van de dwangbehandeling. Het Bopz-behandelplan dient te worden bijgevoegd. Indien nodig draagt de Bopz-medewerker zorg voor het opvragen van de ontbrekende gegevens.
- De Bopz-medewerker bekijkt de inhoud van de melding op correctheid. Aandachtspunten zijn hierbij: is er een geldige Bopz-titel (bij vrijwillige opgenomen is geen dwang mogelijk of moet de status worden aangepast), de kwalificatie tot dwangbehandeling, melding binnen 5 dagen na aanvang van de dwangbehandeling, ondertekening door de geneesheer-directeur.
- Daarna gaat de Bopz-medewerker na of het dwangbehandelplan voldoet aan de eisen van de wet. Daartoe dient het dwangbehandelplan te bevatten: aanleiding, overleg met huisarts of andere behandelaar dan wel de reden waarom dit niet is gebeurd, therapeutische middelen, evaluatiedatum, wie met het behandelplan heeft ingestemd (betrokkene of vertegenwoordiger).
- De Inspecteur beoordeelt of terstond gereageerd moet worden door middel van een bezoek of telefonisch contact. Dit gebeurt als de patiënt niet kan klagen. De Inspecteur overweegt of de noodzaak tot dwangbehandeling aan de rechter moet worden voorgelegd.
- Meldingen van beëindigingen van de dwangbehandeling worden door de Bopz-medewerker op correctheid getoetst. De Bopz-medewerker beoordeelt of de Inspecteur de melding van beëindiging moet zien. Dit is het geval als de dwangbehandeling langer dan drie maanden duurt of bij overlijden van de patiënt. De Inspecteur beoordeelt of de uitvoering van deze dwangbehandeling zorgvuldig is geweest.

Uit de enquête blijkt dat dwangbehandeling in het algemeen gemeld wordt, en dat de regionale Inspecteurs zeer wisselend op meldingen reageren. Op de open vraag "Hoe reageerde de Inspecteur op uw meldingen?" werden door de instellingen de volgende antwoorden gegeven (n=14):

- Dit is nog niet voorgekomen
- We hebben periodiek overleg met de Inspectie en de commissie middelen en maatregelen.
- Meldingen worden voor kennisgeving aangenomen, de Inspecteur reageert niet (drie maal geantwoord).
- De Inspecteur bezoekt de periodiek de instelling en spreekt met de middelen en maatregelen commissie, de betrokken afdelingsmedewerkers, eerste geneeskundige en circuitmanager (halfjaarlijks); ad hoc als er aanleiding is.
- De Inspecteur toetst de indicatie en inhoud van de dwangbehandeling op juridische juistheid en geeft gevraagd of ongevraagd advies.
- Hij komt altijd na enkele weken kijken en horen hoe het plan verloopt.
- Meestal wordt er niet gereageerd, tenzij er vragen zijn of er sprake is van langdurige dwangbehandeling.
- Begrijpend
- Steekproefsgewijs

De beoordeling van de meldingen van middelen en maatregelen in de zin van artikel 39 verloopt in grote lijnen hetzelfde. Enkele verschillen zijn:

- De Bopz-medewerker gaat na of de tijdsduur niet langer dan 7 dagen is.
- De Inspecteur krijgt de meldingen te zien in de volgende gevallen: als de patiënt niet in staat is om te klagen, als de patiënt jonger is dan 16 jaar, als er herhaaldelijke meldingen zijn, als het gaat om meldingen van gedwongen toediening van medicatie (in verband met het verbod van langdurige depot-psychofarmaca), indien de middelen en maatregelen overgaan in een dwangbehandeling, of bij overlijden van de patiënt.

De reacties van de regionale Inspecteurs op meldingen van middelen en maatregelen verschillen weinig van die op melding van dwangbehandeling. In geval van separatie van kinderen onder de 12 jaar wordt door de Inspecteur opgemerkt dat dit niet is toegestaan.

Het medisch-inhoudelijke gedeelte van een behandeling of maatregel blijft de verantwoordelijkheid van de arts. De inspectiemedewerkers beoordelen de procedures en toetsen de juridische causaliteit (dit is iets anders dan medische causaliteit). Dit omvat onder meer de vraag of er sprake is van een geldige Bopz-titel. Volgens de gegevens van Bopzis-2 is echter niet altijd een Bopz-titel aanwezig. In de jaren 1996-1998 was sporadisch opgegeven dat er sprake was van een RM of IBS. In de jaren daarna werd steeds vaker een Bopz-titel opgegeven. In het jaar 2000 is bij 120 van de 161 (dat wil zeggen in 75 %) van de meldingen van dwangbehandeling een Bopz-titel bekend gemaakt. Bij de middelen en maatregelen werd in 2000 vaker een Bopz-titel opgegeven: in 183 van de 226 meldingen (81 %). De toetsing houdt voorts in dat de diagnose van de stoornis, de interventie en het resultaat in een logische relatie tot elkaar dienen te staan. De toetsing vindt op papier plaats en in bijzondere gevallen wordt met de instelling contact opgenomen. Het handelen moet toetsbaar zijn en te verantwoorden. Daarnaast wordt in algemene zin de visie op zorg getoetst. Deze wordt op instellingniveau besproken. Er wordt nagegaan of de visie en het zorgaanbod bij elkaar aansluiten.

Dwang en middelen en maatregelen

Uit het werkschema van de Inspectie en uit correspondentie met instellingen kan worden geconcludeerd dat separeren bij kinderen onder de twaalf jaar volgens de Inspectie niet geoorloofd is.⁸⁷ Bij het toepassen van dwangbehandeling of van middelen en maatregelen op vrijwillig opgenomen jeugdigen dient altijd een IBS aangevraagd te worden. Bij vrijwillig opgenomen kinderen onder de twaalf jaar hangt het af van de afspraken met de instelling of dwangmaatregelen worden gemeld. Melden bij kinderen onder de 12 jaar gebeurt op basis van een gentlemen's agreement. De Inspectie zou graag een wettelijke basis voor meldingsplicht van middelen en maatregelen en dwangbehandeling bij kinderen onder de 12 jaar hebben. Nu is er geen zicht op het toepassen van middelen en maatregelen bij kinderen onder de 12 jaar, omdat voor kinderen onder de 12 jaar nauwelijks wordt gemeld. Dit is in de ogen van een Inspecteur in Algemene dienst zorgelijk: "Juist deze groep kinderen is erg kwetsbaar. Kinderen onder de 12 jaar worden door hun ouders vertegenwoordigd. Men gaat ervan uit dat de ouders de vinger aan de pols houden, maar een situatie kan voor ouders te gecompliceerd zijn. Er is een toename van ernstige problematiek. Soms wordt een jong kind, bijvoorbeeld wegens gevaar voor automutilatie dagen vastgebonden. Dit is geen uitzondering. Helaas is er

⁸⁷ Aanhangsel Handelingen TK 1998-1999, 1439. De Minister verwijst naar Hoofdstuk 8 door F. de Boer uit: F. Verhey, Klinische Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 1993. In dit hoofdstuk wordt ook gesteld dat het separeren van jeugdigen tot gevolg kan hebben dat zij zichzelf in hun woede ernstig kunnen verwonden. Ook kunnen de andere kinderen erg van dergelijke gebeurtenissen schrikken.

soms geen andere keus. Daarom is visieontwikkeling in de KJP zo belangrijk, om alternatieve behandelmogelijkheden te kunnen ontwikkelen. Het noodzakelijkheids criterium is overigens te weinig doordacht. Men gaat meestal door met hetzelfde. Veelal wordt op basis van impliciete kennis gehandeld. Het zou zeer nuttig zijn om kwantitatief te onderzoeken bij welke diagnoses gedragsregulatie nodig is. Kinderen die ook cognitieve problemen hebben, lopen meer kans om aan gedragsregulatie te worden onderworpen.”

Medicatie

In geval van dwangmedicatie en medicatie als middelen en maatregelen wordt het formularium bekeken en getoetst aan de medische standaard. Het beoordelen van het formularium is ook een onderdeel van het kwaliteitsbeleid.

CFB

Een regionaal Inspecteur constateert voor CFB-technieken een ondermelding aan de Inspectie. CFB-technieken worden door hulpverleners niet altijd als een meldenswaardige vorm van fixatie gezien. Voor een regionaal Inspecteur is melden echter niet nodig als een jeugdige even wordt vastgehouden om hem tot kalmte te manen. Een Inspecteur in Algemene Dienst (hoofdinspectie) stelt daarentegen nadrukkelijk: “bundelen is fixeren”. Het veld is door de Inspectie bijeengeroepen naar aanleiding van een incident uit 1996 waarbij weliswaar geen sprake was van mishandeling, maar waar wel sprake was van onzorgvuldig handelen. Het veld heeft de opdracht gekregen zelf standaarden ontwikkelen en toetsen.⁸⁸ De Inspectie stelt niet de normen. Dit is een politieke keuze van de terugtrekkende overheid. De Inspectie constateert echter dat de normen nu niet of niet eenduidig tot stand komen en heeft daarom de taak om partijen te stimuleren het met elkaar eens te worden. Dit model werkt in de ogen van de Inspectie niet optimaal, er zijn nog nauwelijks normen ontwikkeld en daarom gaat bij kwetsbare groepen de voorkeur uit naar een wettelijke verantwoording. De door de Inspectie ingestelde werkgroep ‘Fysieke inperking’, onder auspiciën van GGZ Nederland, houdt zich momenteel (augustus 2001) bezig het opstellen van een richtlijn, waarin het accent op zorgvuldigheidseisen zal liggen.⁸⁹

In een inspectierapport genoemde zorgvuldigheidseisen voor bundelen zijn onder meer:

- handelen volgens protocol,
- een zorgvuldige registratie van de aanleiding, de duur en de interventie en het resultaat van iedere interventie en
- een volgens wet en regelgeving voorgeschreven communicatie met ouders/wettelijk vertegenwoordigers.⁹⁰

Daarnaast is tijdens de interviews de mondelinge aanvulling gegeven dat CFB-technieken geen pijn mogen doen. Als dit toch gebeurt, bijvoorbeeld door toepassen van het bokkenpootje, dan wordt dat als een incident beschouwd. Er moet bij bundelen altijd iemand aanwezig zijn die het proces observeert en bewaakt, omdat het gevaar aanwezig is dat een hulpverlener boos wordt. Begrijpelijk, maar het mag niet. Ook dient het gebeuren achteraf besproken te worden, met het kind, met de ouders en met eventuele getuigen (de andere kinderen van de groep).

⁸⁸ Jaarrapportage IGZ 2000, p. 65-66,

⁸⁹ Mondelinge mededeling van prof. J. Leegemate.

⁹⁰ Jaarrapportage IGZ 2000, p.67-68.

Verzet

De interpretatie van verzet is doorslaggevend voor de vraag of een behandeling al dan niet als een dwangbehandeling moet worden gekwalificeerd. Een regionaal Inspecteur interpreteert verzet strikt door de volgende eisen te stellen: "Verzet moet structureel, consistent en overwogen zijn. De reden is dat een cliënt soms achteraf de dwangtoepassing goedkeurt. Instellingen die een bepaalde cliënt al langer kennen anticiperen hierop, ervan uitgaande dat verzet vaak kortdurend is." De Inspecteur in Algemene dienst (hoofdinspectie) heeft een andere mening, die in overeenstemming is met de heersende leer in het gezondheidsrecht: "Elk verzet is verzet. Maar daarbij wordt aangetekend dat er criteria zouden moeten worden ontwikkeld, waarmee kan worden bepaald of verzet al dan niet behoort te worden genegeerd. Dwang mag best dwang worden genoemd."

Voorkomen en terugdringen van dwang

Goede diagnostiek kan dwang voorkomen, evenals kwalitatief goed opgeleid personeel. Door een niet optimale behandeling als gevolg van onvoldoende diagnostiek kunnen gedragsproblemen ontstaan die tot dwangmaatregelen kunnen leiden. Ook de 'verkeerde bed problematiek' werkt negatief op het voorkomen van dwang. Er is te weinig aandacht voor de grensgebieden. Jeugdigen met zowel een psychiatrische stoornis als een verstandelijk handicap begrijpen soms minder van de gang van zaken in de psychiatrie. Dit kan tot meer gedragsproblemen leiden, met alle gevolgen van dien, zoals meer kans op dwangtoepassing.

De Hoofdinspectie vraagt met het oog op het bovenstaande dan ook aandacht voor de relatie tussen de Kwaliteitswet en de Wet Bopz. Er is naar de mening van de Inspectie in de KJP te weinig visieontwikkeling. De problematiek van dwang en drang zou op basis van een visie uitgewerkt moeten worden.

Vrijheidsbeperkingen

De toetsing van de toepassing van artikel 40 vormt niet direct een onderdeel van het toezicht. Het vormt ook geen aanleiding tot het stellen van vragen aan de Inspectie.

Straf

Ook het geven van straf valt buiten het toezicht; straffen gebeurt niet in het kader van behandeling. Als een straf uit de hand loopt, is dit een zaak van het Openbaar Ministerie. De toetssteen hierbij is de norm van een goed hulpverlener. Hiertoe dient alles wat er gebeurt te herleiden zijn. Een goed hulpverlener documenteert zorgvuldig.

OTS

Vervangende toestemming (ex artikel 1:264 BW) mag in de visie van de Inspectie alleen voorkomen bij somatische aandoeningen. De beste waarborg voor een goede rechtspositie vormt de Bopz-procedure, als het gaat om beslissingen over psychiatrische behandelingen.

Zorgen van een Inspecteur in Algemene Dienst

De schaarste in de jeugdzorg is problematisch, er is een schaarste aan financiële middelen en een schaarste aan gekwalificeerd personeel (kinder- en jeugdpsychiaters, groepsleiders). Er zijn ernstige capaciteitsproblemen, met name voor kinderen met chronisch psychiatrische problemen en voor licht verstandelijk gehandicapte jongeren

met psychiatrische problemen.⁹¹ Door dit alles kunnen situaties ontstaan waarin eerder op dwanginterventies wordt teruggevallen.⁹² Schaarste is dus een onderliggende oorzaak van veel problemen. Daarom is kwaliteitstoetsing zo belangrijk.

Conclusie

Herhaaldelijk is naar voren gekomen, dat voor het goed vervullen van de Bopz-handhavingstaken in de KJP bij de Inspectie onvoldoende menskracht is. Dit blijkt ook uit de jaarrapportages. Daarin wordt - met uitzondering van de rapportage over 2000 - slechts zijdelings verslag gedaan van gang van zaken in de KJP. De Inspectie heeft nog nooit bij de rechter een verzoekschrift ingediend voor een cliënt wiens klacht ongegrond was, of niet tijdig behandeld, dan wel voor een cliënt die zelf niet kon klagen. De inhoud van de toezichtbezoeken en de toetsing van de Bopz-meldingen worden door de betrokken instellingen zeer verschillend ervaren: soms zeer betrokken en kritisch, soms afstandelijk. Momenteel (2001) is in het kader van algemeen toezicht een onderzoek gaande in 8 KJP-instellingen. Het is een thematisch toezicht met als thema 'Kwaliteit van zorg in de KJP'. De veronderstelling is dat de relatie tussen de Kwaliteitswet en de Wet Bopz binnen de instellingen niet goed is uitgewerkt.

Het toetsen van meldingen van dwangbehandeling en middelen en maatregelen is een andere taak. De toetsing van de meldingen vindt op papier plaats en in bijzondere situaties neemt de Inspecteur contact op met de instelling. De Inspectiemedewerkers beoordelen de procedures en toetsen de juridische causaliteit. Bij de beoordeling wordt erop toegezien of er in geval van dwangbehandeling en middelen en maatregelen een geldige Bopz-titel is. Volgens de gegevens van Bopzis-2 is echter niet altijd een Bopz-titel aanwezig. In de jaren 1996-1998 is sporadisch opgegeven dat er sprake is van een RM of IBS. In de jaren daarna is steeds vaker een Bopz-titel opgegeven. In het jaar 2000 is bij 120 van de 161 (dat wil zeggen in 75 %) van de meldingen van dwangbehandeling een Bopz-titel bekend gemaakt. Bij de middelen en maatregelen werd in 2000 vaker een Bopz-titel opgegeven: bij 183 van de 226 meldingen (81 %). De toetsing houdt voorts in dat de diagnose van de stoornis, de interventie en het resultaat in een logische relatie tot elkaar dienen te staan. De Inspectie constateert een forse ondermelding, met name bij fixatie. Separeren en onbegeleid afzonderen bij kinderen onder de 12 jaar worden door de Inspectie niet goedgekeurd. Opvallend is dat twee regionale inspecteurs aan verzet de eis stellen dat het structureel, overwogen en consistent dient te zijn, terwijl de Hoofdinspectie, in overeenstemming met het recht, elk verzet als verzet beschouwt. Gezien de onduidelijkheid in de praktijk rond de interpretatie van artikel 40 (paragraaf 3.3.4) en de vage afgrenzing tussen pedagogische maatregelen met een strafkarakter en dwang in de zin van de Wet Bopz is het een gemis dat de Inspectie geen aandacht aan deze onderwerpen schenkt.

De Inspectie maakt zich ernstige zorgen over de schaarste in de KJP, zowel als gevolg van de schaarse financiële middelen, als door het gebrek aan kinder- en jeugdpsychiaters en adequaat opgeleide groepsleiders.

3.4.2 Bezoek van de Officier van Justitie

Ingevolge de Wet Bopz bezoeken de Officieren van Justitie op onbepaalde tijden psychiatrische ziekenhuizen in hun ambtsgebied om zich ervan te verzekeren dat niemand wederrechtelijk is opgenomen. Uit de enquête is gebleken dat van de 14 KJP-instellingen, die de vragenlijst hebben ingevuld, slechts één instelling regelmatig bezoek

⁹¹ Jaarrapportage IGZ 1996, p. 74; Jaarrapportage IGZ 2000, p. 22-23.

⁹² Jaarrapportage IGZ 2000, p. 24.

(met bovenstaand doel) krijgt van de Officier van Justitie (OvJ); een andere instelling is in 1998 voor het laatst door de OvJ bezocht. Het was binnen de gegeven onderzoekstijd niet mogelijk te achterhalen of de Officier van Justitie wel de overkoepelende instelling heeft bezocht, maar niet apart de kinder- en jeugdcliniek. De Officieren van Justitie leggen hun bevindingen tijdens deze bezoeken vast in een jaarlijks verslag, dat aan de Minister van Justitie en aan de Minister van VWS wordt gezonden. Bij het Parket-generaal van het College van procureurs-generaal zijn 24 voor de KJP relevante verslagen vanaf 1996 tot heden bestudeerd. Er waren weinig recente verslagen aanwezig. Het feit dat een verslag niet door het Parket-generaal is ontvangen hoeft niet te betekenen dat de instelling niet is bezocht. In de meerderheid van de verslagen wordt niet specifiek op de kinder- en jeugdcliniek ingegaan en in het algemeen wordt vaak opgemerkt dat er geen onregelmatigheden zijn geconstateerd. In een verslag (1996) dat wel betrekking had op een instelling voor KJP werd opgemerkt: "Niet in alle gevallen is voldaan aan de wettelijk bezoekplicht van twee keer per jaar." Het verslag van een OvJ uit een andere regio bevatte de volgende algemene opmerking (1996): "Tegen de achtergrond van de naderende evaluatie van de Wet Bopz lijkt het mij juist op te merken dat een halfjaarlijks bezoek aan inrichtingen als de hierboven genoemde (drie kleine categorale KJP-klinieken waarin volgens het verslag de pvp weinig te doen heeft en de klachtencommissie niets, CG) niet zinvol lijkt. De frequentie van dergelijk bezoeken staat mijns inziens in schril contrast met het ontbreken van een bezoekverplichting aan de PAAZ van het academisch ziekenhuis Y, alwaar veel meer mensen met een IBS of RM worden opgenomen dan in elk van de hierboven genoemde ziekenhuizen." In 1998 schrijft een OvJ: "Het Openbaar Ministerie is niet standaard aanwezig bij verhoorzittingen, zulks als gevolg van gebrek aan capaciteit. Wel wordt bij verzoeken om ontslag en klachten van patiënten door het Openbaar Ministerie (OM) ter zitting geconcludeerd, een enkele keer alleen schriftelijk." In 2001 werd gerapporteerd dat de OvJ alleen desgevraagd bij de verhoorzittingen aanwezig is.

Conclusie

De artikelen 67 en 68 waarin wordt geregeld dat de Officieren van Justitie op onbepaalde tijden psychiatrische ziekenhuizen in hun ambtsgebied bezoeken om zich ervan te verzekeren dat niemand wederrechtelijk is opgenomen lijken voor de KJP van weinig praktische betekenis.

3.5 Realisering van de 112 Bopz-plaatsen

Met de brief van 20 maart 1997 is door de Minister van VWS ingestemd met de realisatie van 112 Bopz-plaatsen bij klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Geconfronteerd met de opnameverplichting op grond van de Wet Bopz hebben de 28 kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen, verenigd in het Landelijk beraad voor de Kinder- en jeugdpsychiatrie een aantal afspraken met elkaar en met de psychiatrische ziekenhuizen in de betreffende regio gemaakt. De minister conformeerde zich aan dit voorstel.

Nederland is ingedeeld in zes supraregio's. Het voordeel van de regio-indeling is dat er zo regionale fora ontstaan voor onderlinge deskundigheidsbevordering. Daarnaast wordt verwacht dat van de realisatie van Bopz-plaatsen in de verschillende instellingen op termijn positieve neveneffecten kunnen worden verwacht, met name voor de hulpverlening aan moeilijke doelgroepen. Omdat iedere KJP-voorziening in het kader van de Wet Bopz een opnameplicht heeft, hebben de KJP-voorzieningen onderling afspraken gemaakt voor een supraregionaal vangnet, zodat men op elkaar een beroep kan doen in geval de eigen voorziening vol is. Elk van de 28 KJP-voorzieningen rekent het tot zijn

primaire verantwoordelijkheid om onvrijwillige opnemingen voor zijn rekening te nemen voor jeugdigen die afkomstig zijn uit een of meer van de gezondheidsregio's. Binnen een supraregio legden de KJP-voorzieningen in convenanten vast hoe de verantwoordelijkheden zijn geregeld in geval van een volledige bedbezetting bij de primair verantwoordelijke KJP-voorziening

Voor zover door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen te traceren valt, zijn op 29 juni 2001 vergunningen afgegeven voor de realisering van 71 van de 112 Bopz-plaatsen. Soms gaat het om tijdelijke huisvesting vooruitlopend op definitieve accommodatie. Verwacht wordt dat het grootste deel van deze plaatsen daadwerkelijk in gebruik is. Voor de resterende 41 Bopz-plaatsen zijn wel verklaringen van behoefte ex wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) afgegeven door het Ministerie van VWS. Bouwplannen voor deze plaatsen zijn of nog niet ingediend bij het bouwcollege of al wel ingediend, maar onderwerp van bespreking. Dit kan te maken hebben met te hoge investeringskosten of opmerkingen over de opzet en lay-out van de voorziening.

Conclusie

Van de 112 door de Minister toegestane Bopz-plaatsen zijn er volgens het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen in juni 2001 eenenzeventig gerealiseerd.

3.6 Afsluiting

De bekendheid van de wet

De Wet Bopz is in 1994 voor de sector kinder- en jeugdpsychiatrie in werking getreden. Destijds was de wet nieuw voor de sector. De wet is op verschillende manieren in de klinieken geïntroduceerd. Mondeling: middels conferenties, cursussen, studiedagen, lezingen, casusbesprekingen, evaluaties van de middelen en maatregelencommissie, klinische lessen. Schriftelijk: via beleidsnota's, het opstellen van eisenstellende documenten, door een rondschrijven. Volgens de respondenten is de beste manier om de wet onder de aandacht te brengen het organiseren van studiedagen, het houden van regelmatige overleg- en casusbesprekingen, het lezen van artikelen in de vakliteratuur en het ontwerpen van heldere formulieren en een helder rapportage systeem. Hierbij is door enkele geïnterviewden de kanttekening gemaakt dat het bezoeken van een studiedag zo duur is, dat het budget het niet toelaat dat alle medewerkers - van hoog tot laag - een studiedag kunnen bijwonen.

De helft van de invullers van de enquête is van mening dat de hulpverleners voldoende op de hoogte van de wet zijn. Medewerkers die wat hoger in de organisatie werken, bijvoorbeeld een eerste geneeskundige of het verpleegkundig afdelingshoofd, zijn over het algemeen - niet altijd - beter op de hoogte dan de mensen van de praktijk van alledag. Mensen met een verpleegkundige achtergrond - zo wordt door sommigen beweerd - zijn vaak beter in de wetgeving ingevoerd dan groepsleiders met de opleiding sociaal-pedagogische hulpverlening. Deze lijn gaat niet helemaal op: hoe goed iemand op de hoogte is hangt af van de cultuur in een instelling en van de persoonlijke interesse. Het gaat hier om indrukken; het was in het kader van dit onderzoek niet mogelijk en niet gewenst om de wetkennis grondig te testen.

Een gevolg van de toegenomen wetkennis is, volgens een verpleegkundige, dat er nu flexibeler wordt gewerkt: "De kennis van de Wet Bopz neemt door de jaren heen toe. We zijn nu flexibeler bij het toepassen van behandelregels dan 5 jaar geleden. Nu kijken we veel gemakkelijker af van de regels. Bij de een zijn we strikt; een ander geven we meer ruimte. We nemen meer - verantwoorde - risico's. Iemand met een IBS

mag nu soms alleen naar de activiteitenbegeleiding; vroeger was dat ondenkbaar en mocht dit alleen onder begeleiding.” Door de ingewikkeldheid van de wet in combinatie met de samenloop met andere wetgeving (WGBO, OTS) is het voor de meeste hulpverleners ondoenlijk de wet tot in de finesses te kennen en toe te passen. Voor een jurist die zich voor het eerst met deze materie bezig houdt, is het al een hele kluit. Uit de gevoerde gesprekken kan worden opgemaakt dat de volgende onderwerpen voor hulpverleners extra moeilijk zijn om onder de knie te krijgen:

- informed consent en de samenloop van de Wet Bopz met de WGBO en OTS-regeling in het BW (daarbij hoort ook het onderscheid tussen het Bopz-behandelplan en het WGBO-behandelplan);
- het onderscheid tussen een M & M- akkoord (dat wil zeggen een maatregel waarvoor toestemming is gegeven), M & M ex artikel 39 en dwangbehandeling ex artikel 38 lid 5 en pedagogische maatregelen;
- de met dit alles samenhangende - in de praktijk niet uitgekristalliseerde - interpretatie van verzet;
- de kwalificatie van vrijheidsbeperkingen en de gronden, in samenhang met de huisregels.

Daar zou ik als jurist nog aan toe willen voegen: de vele verwijzingen in de wet zelf en de algemene maatregelen van bestuur.

De wettelijke regeling van de externe rechtspositie is in theorie helder en over het algemeen redelijk werkbaar. In de praktijk wordt terughoudend omgegaan met het aanvragen en verkrijgen van een Bopz-titel in gevallen waarin de wet daar strikt genomen wel toe verplicht. Niet ondenkbaar is dat een relatief grote groep minderjarigen als gevolg daarvan de met de Wet Bopz beoogde rechtsbescherming wordt onthouden. In de praktijk van alle dag staan het capaciteitsprobleem en het personeelstekort echter meer op de voorgrond. Wel zijn er dilemma's, zoals: in hoeverre mogen bij minderjarigen bestwilargumenten een rol spelen?

Veel gecompliceerder is de toepassing van de wettelijke regeling van de interne rechtspositie. In dit hoofdstuk staan echter de - per definitie - gecompliceerde vragen rondom dwang centraal. De Wet Bopz wordt niet altijd juist toegepast; het klachtrecht functioneert verre van optimaal.

De conclusie van de eerste evaluatie van de Wet Bopz in 1996, waarin werd gesteld dat er een sterke verwevenheid is van dwang in de zin van de Wet Bopz en pedagogische maatregelen, is nog altijd actueel. Het blijkt niet altijd mogelijk om behandeling en opvoeding te onderscheiden; en ook niet om te beoordelen of gedragsstoornissen al dan niet voortkomen uit een psychiatrische ziekte. Deze conclusie leidde in 1996 tot de volgende aanbeveling: “Er dient onderzoek te worden gedaan naar de mogelijkheden om het werken met de Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie te verbeteren. De Beroepsgroep dient in dit verband aandacht te besteden aan het ontwikkelen van normen ten aanzien van het onderscheid tussen maatregelen in het kader van onder-toezichtstelling, middelen en maatregelen conform de Wet Bopz en pedagogische maatregelen.” In 1999 is aan deze aanbeveling gevolg gegeven en in opdracht van het ministerie van VWS een richtlijn opgesteld voor toepassing van de Wet Bopz en van pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Deze richtlijn wordt in het volgende hoofdstuk onder de loep genomen.

4

De Richtlijn 'De Wet Bopz en pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie'

4.1 Inleiding

De Richtlijn 'De Wet Bopz en pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie' (Hierna: de Richtlijn) is naar aanleiding van een aanbeveling in de eerste evaluatie van de Wet Bopz in 1999 in opdracht van het ministerie van VWS geschreven. Het is een product van de samenwerking tussen het ministerie van VWS, het toenmalige Landelijk Beraad voor de kinder- en jeugdpsychiatrie (in 2001: Landelijk Beraad circuits KJP), GGZ Nederland, het Trimbos-instituut en een werkgroep van deskundigen. De Richtlijn is bedoeld voor psychiaters, verpleegkundigen/groepsleiders, orthopedagogen en psychologen.

In de Richtlijn worden wettelijke verplichtingen toegelicht en zwaarwegende adviezen gegeven. Die adviezen zijn op het recht gegrond. De Richtlijn is een hulpmiddel bij de implementatie van de Wet Bopz en daarom wordt in dit hoofdstuk niet altijd een strak onderscheid gemaakt tussen zwaarwegend advies en wettelijke verplichting.

In dit hoofdstuk zal gezocht worden naar het antwoord op de volgende onderzoeksvragen.

- Is de Richtlijn voldoende bekend bij de instellingen voor KJP? (paragraaf 4.3.1)
- Is de Richtlijn in de huidige vorm toepasbaar voor de hulpverleners? (paragraaf 4.3.2)
- Welke gevolgen heeft het realiseren van de Bopz-plaatsen voor het werken met de Richtlijn? (paragraaf 4.3.2)
- Voor welke problemen of knelpunten biedt de Richtlijn geen of onvoldoende oplossing? (paragraaf 4.3.3) Op welke wijze kunnen deze worden opgelost? (paragraaf 4.3.3)
- Op welke onderdelen dient de Richtlijn te worden gewijzigd? (paragraaf 4.3.4)

De antwoorden op de onderzoeksvragen zijn gebaseerd op de gegevens die verkregen zijn door de analyse van de enquête onder de geneesheer-directeur of eerste geneeskundige van alle instellingen voor KJP en interviews in zeven instellingen voor KJP (zie paragraaf 1.3).

4.2 Een schets van de Richtlijn

De Richtlijn bestaat uit drie delen:

- Deel I Definities: in dit deel worden relevante begrippen gedefinieerd, zoals huisregels, opvoeding en behandeling (waaronder orthopedagogisch handelen);
- Deel II Wettelijk kader: in dit deel worden in kort bestek de hoofdpunten van de WGBO en de Wet Bopz uiteengezet, met aandacht voor de maatregelen van Ondertoezichtstelling en Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen;
- Deel III Handelingsrichtlijn: in dit deel wordt aangegeven welke handelingen in het kader van huisregels, opvoeding en behandeling zonder speciale voorwaarden toegepast mogen worden, en welke aan wettelijke vereisten gebonden zijn.

De handelingsrichtlijn bevat drie onderdelen. Deel A betreft handelingen in het kader van handhaving van huisregels, deel B handelingen in het kader van opvoeding, en deel C heeft betrekking op de behandeling.

De werkgroep heeft zich op het standpunt gesteld dat orthopedagogisch handelen als onderdeel van de behandeling moet worden gezien. Immers, orthopedagogisch handelen is geïndiceerd op het moment dat de in zijn ontwikkeling belemmerde jeugdige deskundig begeleid dient te worden. Dit standpunt heeft tot gevolg dat in de Richtlijn steeds een onderscheid wordt gemaakt tussen huisregels, opvoeding en behandeling (waarbij orthopedagogisch handelen als onderdeel van de behandeling wordt beschouwd).

De handelingsrichtlijn is verplichtend van aard daar waar het wettelijke voorschriften betreft, voor het overige een zwaarwegend advies. Het adviserende gedeelte kan aan individuele instellingen en afdelingen worden aangepast. Daarbij wordt van het volgende uitgegaan. Het is van belang dat de behandelaar/opvoeder steeds een afweging maakt vanuit "goed hulpverlenerschap". Dit staat in de WGBO als volgt omschreven: "De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard". Behandelaars/opvoeders behoren hun handelen altijd af te stemmen op de individuele jeugdige en blijven zelf verantwoordelijk voor hun handelen als goed hulpverlener. Dit handelen moet beargumenteerd en verantwoord kunnen worden, en zowel intern als extern toetsbaar zijn via registratie in het dossier.

Wat betreft de reikwijdte van de WGBO gaat de Richtlijn ervan uit dat instemming met de opnemings- en instemmingsregels met de huisregels omvat. Wat betreft opvoeding in het kader van het verblijf in een kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek is onduidelijk of de WGBO zich mede hiertoe uitstrekt. De werkgroep hanteert echter als uitgangspunt dat het vereiste van (geïnformeerde) toestemming voor handelingen in het kader van opvoeding in elk geval voor ouders geldt. Behandeling valt vanzelfsprekend onder de WGBO (voor zover deze niet onder de Wet Bopz valt). Verder heeft de werkgroep zich op het standpunt gesteld dat orthopedagogisch handelen als onderdeel van de behandeling moet worden gezien. Immers, orthopedagogisch handelen is geïndiceerd op het moment dat de in zijn ontwikkeling belemmerde jeugdige deskundig begeleid dient te worden.

Bij het toepassen van de handelingsrichtlijn zijn twee vragen bepalend:

1. Wat is het doel van mijn handelen: gaat het om het handhaven van huisregels, om

opvoeding of om behandeling?

2. Binnen welke categorie valt mijn handelen (huisregels, opvoeding of behandeling)? De handelingen zijn weergegeven in kaders en ingedeeld in categorieën. De categorieën en de handelingen daarbinnen staan zoveel mogelijk in volgorde van zwaarte. In de Richtlijn is weergegeven welke handelingen zonder speciale voorwaarden toegepast mogen worden en welke aan wettelijke vereisten gebonden zijn. Soms mogen handelingen bijvoorbeeld alleen maar worden toegepast ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door de jeugdige als gevolg van de stoornis van de geestvermogens worden veroorzaakt en moet ter legitimering een IBS-procedure worden gestart. De handelingen waarbij wettelijk vereisten gelden zijn grijs gearceerd. Grijs vlakken⁹³ duiden dus op de noodzaak van extra zorgvuldigheid. Daar gaat het om handelingen waarbij voldaan moet zijn aan de wettelijke vereisten zoals beschreven in de WGBO en de Wet Bopz. De handelingen waarbij dit niet het geval is, staan in een wit kader: het gaat om 'normale' handelingen, waarbij gebruik wordt gemaakt van eigen gezag van de behandelaar/opvoeder.

Steeds moet de behandelaar/opvoeder zich afvragen of de handeling die hij uitvoert past bij de doelstelling die hij beoogt, en of de handeling voldoet aan de principes van:

- subsidiariteit (dat wil zeggen: kies de minst ingrijpende handeling);
- proportionaliteit (er is evenredigheid tussen de ernst van de situatie en de ingrijpendheid van de handeling);
- doelmatigheid (het is de meest geschikte handeling om het doel te bereiken).

De werkgroep heeft over een aantal thema's een standpunt geformuleerd. Deze standpunten moeten opgevat worden als zwaarwegend advies aan het veld van de kinder- en jeugdpsychiatrie, dat af kan wijken van de in 1994 voor de algemene psychiatrie gemaakte afspraken om niet méér te doen dan wat de Wet Bopz minimaal vraagt.

De standpunten van de werkgroep zijn in de handelingsrichtlijn verwerkt. Ze houden het volgende in.

1. Bij toepassing van middelen en maatregelen ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties bij WGBO-jeugdigen moet direct een IBS-procedure gestart worden. Mocht blijken dat de M & M op korte termijn opgeheven kunnen worden, dan kan de IBS-procedure gestopt worden. Een IBS-aanvraag is alleen nodig bij jeugdigen van 12 jaar en ouder, tenzij ook de ouders bezwaar hebben tegen de toepassing. In dat geval moet ook een IBS volgen voor jeugdigen jonger dan 12 jaar. De toepassing van middelen en maatregelen bij jeugdigen jonger dan 12 jaar waartegen de jeugdige zich verzet, moet altijd gemeld worden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, ook al hebben de ouders toestemming voor toepassing gegeven.
2. De werkgroep adviseert om separatie bij jeugdigen tot 12 jaar niet toe te passen en afzondering altijd begeleid toe te passen.⁹⁴
3. Tenslotte heeft de werkgroep een aantal handelingen benoemd die zij in beginsel onwenselijk vindt. Het gaat om de volgende handelingen:
 - het geven van geldboetes, tenzij als –symbolische- vergoeding voor aangerichte schade
 - een jeugdige 24 uur aan een tafeltje laten zitten met uitzondering van school-, therapie- en bedtijden
 - het negeren van een jeugdige
 - het voor schut zetten van een jeugdige, al dan niet in het bijzijn van medewer-

⁹³ In kopie moeilijk leesbaar.

⁹⁴ Door de Minister van VWS is het standpunt ingenomen dat separatie van jeugdigen (ook boven de 12 jaar) *altijd begeleid* moet plaatsvinden (Aanhangsel handelingen TK 1998/1999, 1439).

kers of leefgroep

- een washand voor de mond houden als de jeugdige zich overschreeuwt.

Enkele onderwerpen zijn onduidelijk of controversieel gebleven in de werkgroep.⁹⁵

Deze behoeven verdere discussie binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie en/of een verduidelijking van de zienswijze van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Ten eerste bestaat er verschil van mening over de interpretatie van het begrip 'verzet' (in artikel 7: 465 lid 6 BW). Er zijn drie interpretaties in de werkgroep naar voren gebracht.

- Bij verzet van de jeugdige tegen een van tevoren afgesproken maatregel mag die maatregel alleen doorgevoerd worden indien: a. dit zo is afgesproken in het behandelingsplan b. op dat moment sprake is van wilsonbekwaamheid en c. het verzet niet zodanig heftig is of zo lang duurt dat je dit als 'goed hulpverlener' kunt negeren zonder toestemming van de rechter en dus zonder Wet Bopz-maatregel. Na afloop wordt het gebeurde geëvalueerd en de mening van de jeugdige schriftelijk vastgelegd.
- Een tweede interpretatie is dat verzet van een jeugdige genegeerd kan worden zolang het gering verzet betreft. Indien verwacht mag worden dat een jeugdige zich herhaaldelijk zal verzetten, dan anticipeert men hierop: in het behandelingsplan wordt met de jeugdige afgesproken wanneer medewerkers de afgesproken handeling mogen doorzetten. Ook wordt het van belang geacht om de achterliggende reden van het verzet mee te wegen in het oordeel of doorzetten al dan niet geoorloofd is (is het bijvoorbeeld passend bij een oppositionele stoornis of is er sprake van verzet voortkomend uit een psychose).
- Ten derde is erop gewezen dat verzet in de kinder- en jeugdpsychiatrie vaak is op te vatten als normaal puberaal verzet. Van normaal verzet is niet langer sprake zodra behandeling onmogelijk wordt. Frequentie en heftigheid van het verzet worden meegewogen bij de beslissing de handeling al dan niet door te zetten.

Het probleem met deze interpretaties is dat de wet geen onderscheid maakt naar reden, frequentie of heftigheid van verzet. De wet kent alleen het begrip 'verzet'. Verzet mag niet worden beperkt tot 'bewust' verzet; verzet moet worden opgevat als 'feitelijk' verzet. Voor het uiten van verzet geldt wettelijk geen vormvereiste.

De handelingsrichtlijn spreekt vooralsnog alleen over verzet, en houdt geen rekening met verschillende vormen of gradaties van verzet.

Een tweede punt dat nadere uitwerking behoeft betreft het naar de eigen kamer sturen van de jongere, waarna de deur op slot wordt gedraaid. Ook hierover bestaan verschillende standpunten.

Een standpunt is dat het hier gaat om een Middel of Maatregel in de zin van artikel 39 Wet Bopz. Het Besluit middelen en maatregelen Wet Bopz somt de toegestane middelen en maatregelen limitatief op. Omdat afzondering op de eigen kamer geen deel uitmaakt van de toegestane middelen en maatregelen, zou het in feite verboden zijn. Anderen vatten afzondering op de eigen kamer wel op als middelen en maatregelen maar gaan er niet vanuit dat de wet deze vorm van afzondering verbiedt. Er zijn immers gevallen waarin afzondering op de eigen kamer duidelijk de voorkeur heeft boven afzondering op een speciaal daarvoor bestemde eenpersoonskamer. Een derde standpunt is dat het niet gaat om afzondering, maar om vrijheidsbeperking, zoals omschreven in art 40, lid 3, Wet Bopz. Deze drie standpunten vallen met de wet in de hand te verdedigen. Een vierde standpunt is dat opsluiten in de eigen kamer in bepaalde situa-

⁹⁵ Het onderstaande is letterlijk overgenomen uit de Richtlijn.

ties/bij bepaalde jeugdigen gewoon moet kunnen (en niet als middelen en maatregelen of vrijheidsbeperking geïnterpreteerd moet worden) in het kader van een (vrijwillige) behandeling, mits het voor korte duur is en het verzet niet te heftig is. Dit vierde standpunt staat op gespannen voet met de wet.

4.3 De evaluatie van de Richtlijn

4.3.1 Bekendheid van de Richtlijn

Op de vraag “Kent u de Richtlijn?” antwoorden negen instellingen volmondig met ja en vier instellingen met ja, tamelijk goed. Eén instelling had deze vraag niet beantwoord. Geen van de respondenten (geneesheer-directeur of eerste geneeskundige) kent de Richtlijn niet. In zes instellingen zijn hulpverleners volgens de respondenten voldoende op de hoogte; in acht instellingen is dat niet het geval. Dat mensen op de werkvloer minder goed op de hoogte zijn, bleek ook uit de gesprekken. De kanttekening wordt gemaakt dat de kennis ook weer kan verwateren. Psychiaters en afdelingshoofden zijn over het algemeen beter op de hoogte dan verpleegkundigen en groepsleiders. Een geïnterviewde verpleegkundige die werkzaam op een Bopz-afdeling is, had zelfs nog nooit van de Richtlijn gehoord, maar toen ik haar de Richtlijn had gegeven, heeft ze hem zorgvuldig bestudeerd - met veel aha's en uitroeptekens in de kantlijn. De Richtlijn is, voor zover ik tijdens de interviews heb kunnen nagaan, niet bij ouders bekend.

De respondenten hadden op verschillende manieren van de Richtlijn vernomen:

- via het Landelijk Beraad voorzieningen Kinder- en Jeugdpsychiatrie (momenteel: Landelijk Beraad circuits KJP): 11 respondenten;
- door vakliteratuur: 1 respondent;
- door attentie van een collega: 1 respondent;
- door collegiaal overleg: 1 respondent;
- middels toezending: 1 respondent;
- via de manager behandelingen van de instelling: 1 respondent;
- door deelname aan een werkgroep: 1 respondent.

De introductie in de kliniek geschiedde op de volgende manieren:

- De Richtlijn werd persoonlijk aan betrokkenen uitgereikt: 8 respondenten.
- De Richtlijn werd middels een rondschrijven geïntroduceerd: 4 respondenten.
- De Richtlijn werd in de vakgroep of het teamoverleg aan de orde gesteld: 2 respondenten.
- De Richtlijn werd op casusniveau besproken: 1 respondent.
- De M & M commissie bespreekt de Richtlijn met de behandelaars: 1 respondent.
- De Richtlijn is in het Bopz-handboek van de instelling opgenomen: 1 respondent.
- De Richtlijn werd samengevat en aangepast aan de situatie van betreffende instelling en besproken op de medische staf en in het management team. De Richtlijn wordt momenteel per afdeling geïmplementeerd. Zo nodig worden aanvullende cursussen gegeven.
- In een kliniek lukte het niet om de Richtlijn te introduceren, omdat er een personeelstekort is en omdat er veel energie nodig voor de fusie nodig was.
- De Richtlijn is geïmplementeerd middels het schrijven van een nota voor implementatie van de Richtlijn in combinatie met het instellen van een werkgroep van twee groepsleiders, een unithoofd en een kinderpsychiater. In die werkgroep wordt besproken welke adviezen wel en welke niet haalbaar zijn om na te leven.

De voorkeuren van de respondenten om over de Richtlijn ingelicht te worden zijn divers.

Genoemd zijn:

- regelmatig teamoverleg op casusniveau;
- studiedagen en symposia;
- korte heldere memo's;
- de aanwezigheid van de Richtlijn op elke groep;
- via eigen protocol en een op de Richtlijn afgestemde lay-out van het behandelingsplan;
- discussie aan de hand van knelpunten; de grenzen worden in een socratisch gesprek verkend;
- het internet;
- een artikel in het medewerkersblad;
- het geven van aanvullende informatie door de eerste geneeskundige.

Helpdesk

Na de verspreiding van de Richtlijn door het Landelijk Beraad voor de kinder- en jeugdpsychiatrie is bij GGZ Nederland een telefonische helpdesk ingesteld ter beantwoording van bij de instellingen levende vragen. Bijna alle binnengekomen vragen waren van algemene aard: het vragen om de Richtlijn toe te zenden of algemene vragen ter verduidelijking. Een aantal instellingen voor verstandelijk gehandicapten vroeg om toezending van de Richtlijn, omdat in die sector ook pedagogische maatregelen voorkomen.

Een specifieke vraag had betrekking op het spelen van jonge kinderen in een tuin. De kinderen mochten niet buiten het hek spelen en volgens de patiëntenvertrouwenspersoon was dit een vrijheidsbeperking. De helpdeskmedewerker had geantwoord dat deze vrijheidsbeperking op de norm van een goed hulpverlener is gebaseerd. Een goed hulpverlener houdt voortdurend toezicht op jonge kinderen. Op een schoolplein mogen kinderen overigens ook niet buiten het hek spelen. Een andere specifieke vraag ging over roken: hoe ver kan een rookverbod gaan? Het is niet mogelijk om op deze vraag een eenduidig antwoord te geven.

Conclusie

De Richtlijn is redelijk bekend bij geneesheer-directeuren en psychiaters/eerste geneeskundigen, maar nog onvoldoende bij de mensen op de werkvloer (groepsleiders). De verspreiding via het Landelijk beraad voor de KJP was effectief om de instellingen te bereiken. Verpleegkundigen en groepsleiders werden door deze werkwijze echter minder bereikt.

4.3.2 Duidelijkheid en toepasbaarheid

Negen respondenten vinden dat de Richtlijn in de praktijk voor hulpverleners hanteren is en vier van de veertien respondenten vinden dit niet. Eén respondent had de vraag niet beantwoord. Het was niet altijd mogelijk om een onderscheid te maken tussen de mening van een respondent over de Richtlijn of over de Wet Bopz; beiden hangen immers nauw met elkaar samen. De Richtlijn is een hulpmiddel om de wet te implementeren.

Positief aan de Richtlijn is:

- De beschrijving van het wettelijk kader is voor velen zeer helder. De Richtlijn sluit goed aan bij de WGBO, aldus een respondent.
- Een respondent schrijft: "Het wordt duidelijker wat wel en wat niet mag. Dat niet iedere fysieke benadering mogelijk is. Dat ook behandeling van kinderen aan richtlij-

- nen gebonden is en kinderen vanwege therapeutisch handelen niet zomaar opgesloten kunnen worden.” Hieruit blijkt dat de Richtlijn mensen over de juridische aspecten van hun werk aan het denken zet. Het schept een denkkader voor de dagelijkse praktijk. Een patiëntenvertrouwenspersoon constateerde dat er na de verspreiding van de Richtlijn een daling van het aantal vragen en klachten merkbaar was.
- De drieslag in huisregels, opvoeding en behandeling scherpt volgens sommigen de gedachten. Daarbij wordt wel aangetekend dat het in de hectische drukte van alle dag soms moeilijk is deze drie te onderscheiden.
 - De Richtlijn is te hanteren, niet omdat in alle gevallen definitief uitsluitel wordt gegeven, maar omdat er ruimte is voor twijfel terwijl de discussie omljnd wordt, aldus een respondent.

Er zijn door de respondenten ook opmerkingen gemaakt met de strekking dat de Richtlijn moeilijk te hanteren is:

- De Richtlijn is voor een groot aantal hulpverleners erg gecompliceerd (met name de categorisering); het vergt dan ook veel tijd om de Richtlijn ‘onder de knie’ te krijgen. Velen vinden dat de Richtlijn niet alleen erg ingewikkeld is, maar ook ver van de praktijk af staat en tot juridische overkill⁹⁶ leidt.
- Eén psychiater mist in de Richtlijn aandacht voor de groepsdynamica. Als een of twee kinderen zich agressief gedragen, dan gaat de rest van de groep vaak mee in dit gedrag en ontstaat een vicieuze cirkel.
- Er is zeer veel weerstand tegen de verplichting om bij toepassing van middelen en maatregelen of dwangbehandeling ter legitimering direct een IBS aan te vragen. Dit is - volgens nagenoeg alle werkers in de praktijk - moeilijk uitvoerbaar, omdat veel maatregelen van korte duur zijn en omdat het zeer veel administratief werk met zich mee brengt.
- Regelmatig is erop gewezen dat het hanteren van de Richtlijn vooral moeilijk is op afdelingen voor jonge kinderen. Op kinderafdelingen is de verwevenheid van opvoeding en behandeling nog sterker dan op afdelingen voor jongeren die ouder zijn dan twaalf jaar.
- Ook het advies om begeleid te separeren of af te zonderen blijkt voor veel hulpverleners in de praktijk moeilijk na te leven. Een respondent verwoordt het aldus: “Per afdeling zijn er twee sociotherapeuten in dienst. Indien een van deze medewerkers aanwezig moet zijn bij of achter de deur van een afgezonderd kind, dan treden er ten aanzien van de andere kinderen problemen op bij het beiden van structuur en veiligheid. Anticipatie en voorbespreking met ouders van mogelijk te nemen maatregelen en vastleggen van het afgesprokene geeft zeer veel administratieve rompslomp en tijdsdruk.” Het is niet ook altijd mogelijk om begeleid te separeren of af te zonderen, omdat het gevaarlijk voor het personeel kan zijn of contraproductief kan werken. Soms zijn middelen en maatregel bij kinderen jonger dan 12 jaar geïndiceerd.
- Het is voor het pedagogische aspect van het verblijf in een KJP-instelling, in de ogen van één respondent, een probleem, dat de balans tussen respect voor vrijheid en autonomie van het individu enerzijds, en maatregelen ter bescherming van vrijheid/autonomie van anderen anderzijds, verstoord is.

⁹⁶ Maar wat is overkill? Een groepsleider beschreef een situatie uit de orthopedagogische sfeer waarin wordt geïllustreerd hoe een opvoedkundige aangelegenheid in een separatie kan uitmonden: “Als een kind zijn tanden niet wil poetsen, brengen we hem naar de kamer. Daarbij zeggen we: als je gaat slaan, brengen we je met twee man naar de kamer – als je gaat schoppen met drie man. Bij een paranoïde psychoot is het wel voorgekomen dat we hem met 7-15 man naar de separeerkamer moesten brengen. Het is niet altijd nodig om de betrokkene vast te houden. Soms staan we intimiderend voor iemand. Maar iemand met drie man personeel naar de kamer brengen is óók intimiderend.” In dit voorbeeld komt de klemmende vraag naar boven of je ook opvoedkundig moet ingrijpen als je kunt voorspellen dat het tot een escalatie zal leiden, waardoor middelen en maatregelen toegepast zullen worden?

Het volgende schema geeft de antwoorden weer op de vraag: “Zijn de volgende onderdelen van de Richtlijn voldoende duidelijk?” (n=14).

Tabel 10: duidelijkheid van de Richtlijn.

	Ja	Nee	Niet ingevuld
Wettelijk kader	12	1	1
Definitie van opvoeding	11	2	1
Definitie van behandeling	11	1	2
Definitie van dwangbe- handeling	13	0	1
Definitie van middelen en maatregelen	12	1	1
Het denken in de drieslag van huisregels, opvoe- ding, behandeling	12	1	1
De categorisering in zwaarte van handelingen	11	2	0

Bij de antwoorden op de vraag naar de toepasbaarheid worden door de respondenten de volgende opmerkingen gemaakt. De opmerkingen die met een * zijn gemerkt zouden in de Richtlijn kunnen worden verwerkt.

Definities algemeen

- Een (te) stringente toepassing van de definities levert verwarring of onwerkbare situaties op. De kaders voor besluitvorming zijn wel helder.
- Het begrip wilsonbekwaamheid blijkt in de praktijk van de KJP niet hanteerbaar zoals in de volwassenenpsychiatrie.*
- Een definitie van het begrip geestesstoornis ontbreekt.*

Opvoeding

- De definities van opvoeding zijn wel helder, maar staan ook ver van de praktijk af. In de praktijk is het onderscheid tussen opvoeding en behandeling moeilijk te hanteren: vaak vallen ze samen.
- Eén psychiater is van mening dat de visie op opvoeding van de Richtlijn de normen van de hogere klasse weerspiegelt.*

Behandeling

- De definitie van behandeling is naar de mening van een respondent te veel op cure gericht en te weinig op care (in de zin van helpen het symptoomgedrag te verminderen en de jongeren en hun omgeving te leren er mee om te gaan).*
- Bij de toelichtende beschrijving van dwangbehandeling en middelen en maatregelen (2.4.3) blijft onduidelijk dat toepassing van M & M (naast nood) ook kan in het kader van akkoord (dat wil zeggen: de betrokkene heeft toegestemd in uitvoering van de maatregel, cg) of dwangbehandeling. Dit is dan omschreven in het behandelplan en in principe niet eenmalig maar zo vaak als nodig om een noodsituatie te overbruggen.*

Middelen en maatregelen

- Sommige kinderen slapen in een vestje, al 2 jaar lang (fixeren, cg).⁹⁷
- De specificatie begeleid/onbegeleid voor afzondering en separatie is duidelijk beschreven. Voor fixatie is bij het inzetten van de uitvoering altijd sprake van begeleiding, maar ook daarna? Volgens deze respondent moet toezicht ook duurzaam gegarandeerd zijn. Het fixeren ten behoeve van het instellen en uitvoeren van afzondering of separatie is een zorgvuldige lichaamstechniek waarvoor geen registratie in specifieke zin geldt. Het verdient de aanbeveling CFB-technieken (controle fysieke beheersing, zie paragraaf 3.3.3) te protocolleren.

Het denken in de drieslag huisregels, opvoeding, behandeling

- Het is wel werkbaar, maar het blijft willekeurig wat bij opvoeding hoort en wat bij orthopedagogisch handelen.
- Huisregels zijn ook een weerslag van opvoeding. Opvoeding moet ook vertaald worden naar behandeling en behandeling vertaald naar opvoedingsaspecten.

Onwenselijke handelingen

Als onwenselijke handelingen werden in de Richtlijn genoemd: het geven van geldboetes⁹⁸, een jeugdige 24 uur aan een tafeltje te laten zitten met uitzondering van de therapie-, school- en bedtijden, een jeugdige negeren of voor schut zetten, een washand voor de mond houden als de jeugdige zich overschreeuwt. Op deze opsomming werd soms gepikeerd gereageerd met de stelling: deze dingen doen wij heus niet. In een implementatienota wordt voorgenomen twee lijsten van interventies aan te leggen: "een voor interventies die gehanteerd kunnen worden (met een toelichting op welke wijze) en een lijst met interventies die niet toegepast zullen worden. Deze lijsten vormen geen statisch gegeven, maar staan open ter aanvulling en/of verbijzondering. Het gaat hier om interventies of methoden die een M & M karakter hebben."

De Inspectie voor de gezondheidszorg

Een regionaal inspecteur verklaarde vaak naar de Richtlijn te verwijzen, omdat de Richtlijn erg bekend is. Maar zo voegde hij er aan toe: in het grijze gebied blijft discussie mogelijk. Het omgaan met het grijze gebied blijft volgens hem een persoonlijke interpretatie.

Een medewerker van de hoofdinspectie is van mening dat de richtlijn erg veel straffen bevat. Hij had een zo uitgebreid scala van straf- en tuchtmaatregelen niet verwacht: "Die veelheid van sancties speelt niet alleen een rol in het kader van de opvoeding, maar worden ook gehanteerd ter handhaving van huisregels en behandelingsdiscipline. Er is grote twijfel mogelijk over de vraag in hoeverre dit soort maatregelen in deze mate en omvang een fundering kunnen krijgen in een geneeskundige behandelingsovereenkomst en de maatregelen en behandelingen die op grond van de Wet Bopz zijn geoorloofd. In de Wet Bopz gaat het bij de onvrijwillige opnemingen in het algemeen om dusdanig ernstig geesteszieke personen, dat hun gedrag hen veelal niet dan wel slechts in beperkte mate is toe te rekenen. Het is niet zonder reden dat in een wet als de Wet Bopz bewust tot nu toe, geheel anders dan in de penitentiaire beginselenwet, de beginselenwet TBS en de beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen, niet voorzien is in een hoofdstuk disciplinaire straffen met de mogelijkheid om ter zake daarvan beklag te doen

⁹⁷ Dit valt niet onder het begrip middelen en maatregelen in de zin van artikel 39; het is een pedagogische maatregel.

⁹⁸ Voor schadevergoeding dient men zich in eerste instantie tot de ouders of voogd te wenden: voor kinderen tot 14 jaar zijn de ouders of voogd aansprakelijk voor schade van het kind die het gevolg is van een onrechtmatige daad. Voor minderjarigen van 14 tot 16 jaar zijn de ouders of voogd alleen dan aansprakelijk als zij niet in staat waren het kind te beletten de schade te veroorzaken (artikel 6:169 BW).

bij de beklagcommissie.

Ook voor de kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuizen kent de Wet Bopz tot nu toe geen afzonderlijke regelingen, die maatregelen met een duidelijk en exclusief strafkarakter mogelijk maken. De conclusie is dat de Richtlijn al te gemakkelijk uitgaat van de praktijk van alle dag en deze vooral zoekt te legitimeren door gebruikmaking van het bestaande patiëntenrecht op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, zonder te beseffen dat het gaat om een materie van zeer principiële aard, die een buitengewoon diepgaande doordening behoeft. Het is de vraag of de voorgestelde benaderingen voor het ernstig geesteszieke kind wel tot heil strekken en als juist en rechtvaardig kunnen worden aangemerkt.⁹⁹

4.3.3 Onopgeloste knelpunten

Het is goed dat de Richtlijn hulpverleners uitdaagt tot nadenken, vooral over de grensgebieden. Veiligheid is en blijft een probleem in de KJP, en zo wordt in vele gesprekken benadrukt, mensen mogen niet vleugellam worden gemaakt. Een respondent schrijft: “Niet alles is tot in details in richtlijnen vast te leggen. Soms moeten hulpverleners gewoon ‘goed hulpverlener’ zijn en verantwoordelijkheid nemen. Een voorbeeld is een recente casus, waarbij een patiënte bijna dood was gegaan, omdat somatische en psychiatrische artsen ‘steggelden’ over wat volgens de wet wel of niet mocht en waar (somatische of psychiatrische afdeling).” Hieronder volgt een opsomming van de gesignaleerde onopgeloste knelpunten die in de interviews en bij de beantwoording van de enquête zijn gemaakt.

Geestesstoornis

De Richtlijn beantwoordt volgens velen (met name psychiaters vinden dit) niet de vraag wat nu precies onder een geestesstoornis in de zin van de Wet Bopz moet worden verstaan. Volgens velen is er een schemergebied tussen psychiatrische stoornissen en ernstige gedragsstoornissen. Het is soms moeilijk een onderscheid te maken tussen moeilijk gedrag dat voorkomt uit een niet-optimale ontwikkeling of opvoeding of dat voortkomt uit de pathologie. Jeugdigen zijn in staat om het gedrag van medepatiënten te kopiëren en in een pedagogisch conflict te gebruiken. Veel vragen omtrent de diagnose zijn niet eenduidig te beantwoorden en zeker niet ten tijde van een onverwachte noodsituatie. Is oppositioneel gedrag een geestesstoornis? Of is het een uiting van verzet? Een kind dat het er niet mee eens is, gaat zich soms tegendraads gedragen.

Onderscheid Bopz-dwang en pedagogische maatregelen

De onduidelijkheid in onderscheid tussen beide typen maatregelen is voor veel respondenten problematisch. Een respondent merkt op: “Terwijl we werken voor kinderen met stoornissen, mogen we minder dan ouders bij gezonde kinderen. Dit brengt conflicten met zich mee. De maatschappij geeft ons een publieke taak, maar de kaders zijn te stringent.” In een KJP-kliniek zijn meer beperkingen nodig dan in een kliniek voor volwassenenpsychiatrie.

Er blijven veel onopgeloste twijfels:

- Kun je tegen een jeugdige zeggen: jij komt nú naast me zitten, en als je dat niet doet, moet je naar je kamer?
- Mag je een kind stevig vasthouden?
- Mag je een jeugdige naar de kamer sturen zonder de deur op slot? Soms wordt iemand met twee mensen naar de kamer gebracht. Ook al vindt er daarbij geen fy-

⁹⁹ Aanbeveling 6A is onder meer door deze opmerking ingegeven.

sieke inperking plaats, toch is deze maatregel niet vrijwillig te noemen.

- Ook is er onduidelijkheid gebleven over de praktische vraag in hoeverre vrijheden om pedagogische redenen ingeperkt mogen worden, zoals een moeder of onderwijzeres dat doet als de kinderen alleen binnen het hek mogen spelen. Het is voor discussie vatbaar of een gedwongen opgenomen jongere de eerste dagen uit voorzorg verplicht binnen moet/mag blijven.
- De vraag wordt gesteld of een vrijwillig dan wel onvrijwillig opgenomen jeugdige, die is weggelopen, in een openbare ruimte door medewerkers van de instelling fysiek mag worden benaderd.

Verzet

De hantering van het begrip verzet is volgens een enkeling niet eenduidig. Het is in de praktijk moeilijk om te bepalen of er sprake is van puberaal afzetten of van fundamentele weerstand tegen een handeling. Dit is voor slechts enkele respondenten problematisch.

Bopz-titel aanvragen

Het direct aanvragen van een IBS bij middelen en maatregelen ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie wordt dringend geadviseerd op pagina 37 en is verder verwerkt in de handelingsrichtlijn. Het stuit op zeer veel verzet, vooral als het gaat om kortdurende separaties en afzonderingen en om het toepassen van CFB-technieken. In paragraaf 3.3.3 van dit rapport is opgesomd welke redenen er zijn om geen Bopz-titel aan te vragen. De belangrijkste redenen zijn dat de M & M meestal kort duurt en de situatie zich snel normaliseert en dat het erg tijdrovend is.

In een protocol wordt gesteld dat na twee uur separeren een verpleegkundig begeleidingsplan wordt opgesteld en een IBS-procedure wordt ingezet. Deze termijn wordt als volgt toegelicht: "Bij separatie geldt dat wanneer binnen een tijdsbestek van twee uur de noodsituatie niet meer bestaat en de patiënt zich in woord dan wel gedrag weer voegt in het behandelprogramma, dan wel zich minimaal houdt aan de regels, er sprake is van een separatie wegens een noodsituatie onder de WGBO, die beschreven wordt in het verpleegkundig dossier."¹⁰⁰

Melden bij toepassing van middelen en maatregelen

Het advies om toepassing van middelen en maatregelen bij kinderen jonger dan twaalf jaar aan de Inspectie te melden werd nauwelijks bekritiseerd (blz. 37). Dit is opmerkelijk, omdat uit de onderzoeksresultaten van de tweede evaluatie van de Wet Bopz opgemaakt kan worden dat dit in de praktijk weinig gebeurt.

Begeleid separeren en afzonderen bij kinderen jonger dan 12 jaar

Het advies om kinderen tot twaalf jaar niet te separeren en afzondering altijd begeleid toe te passen is in de praktijk moeilijk uitvoerbaar. Als argument wordt aangedragen dat dit niet effectief is, omdat de betrokkene juist een prikkelarme omgeving nodig heeft (zie ook paragraaf 3.3.2). Bovendien kan het ook gevaarlijk voor het personeel zijn of praktisch niet mogelijk, omdat de andere kinderen ook toezicht nodig hebben.

In een implementatienota wordt over dit onderwerp vermeld: "Begeleid separeren wordt niet toegepast. Wanneer de directe aanwezigheid van personeel noodzakelijk is, wordt een andere interventie gekozen te worden. Dit geldt ook voor kinderen boven de twaalf jaar."

¹⁰⁰ Deze interpretatie is in strijd met het recht.

De categorisering

Door de categorisering wordt onderscheiden welke maatregelen pedagogisch van aard zijn en als normaal opvoedkundig handelen te beschouwen zijn, en welke Bopz-handelingen zijn die met wettelijke waarborgen omgeven moeten zijn. De grens tussen beiden blijft ondanks de goede poging tot verduidelijking vaag. Een veelgenoemd voorbeeld van een handeling in dit grijze gebied is een kind beet pakken. Fysieke inperking, opgevat als fixatie in de zin van de Wet Bopz, mag alleen onder bepaalde voorwaarden. Tegelijkertijd houdt iedere opvoeder van jonge kinderen wel eens een kind vast.

Over de laatste categorie (eenzijdig ontslag in verband met stelselmatig overtreden van de huisregels, p. 43 en/of de behandeling van WGBO-jeugdigen heeft niet het beoogde doel bereikt, p. 54) wordt opgemerkt: "Wanneer jeugdigen geen thuis meer hebben om een time-out aan te bieden, wordt het moeilijk de Richtlijn toe te passen. De Inspectie hanteert normen ten aanzien van eenzijdig ontslag. De duur van de opname is van invloed op de termijn van de inspanningsverplichting om alsnog tot een behandelovereenkomst te geraken."

In aanvulling op het voorgaande zijn verder de volgende aanpassingen van de Richtlijn voorgesteld:

- De IBS-procedure wordt pas gestart als de middelen of maatregelen een half uur duren.
- Een respondent stelt voor om voor laagfrequente middelen en maatregelen (maximaal vijf maal per maand) met een zelfbindingscontract te werken. Dan hoeft niet steeds die tijdrovende IBS-procedure te worden gestart.
- Er kan duidelijker worden vermeld dat separeren, afzonderen, fixeren en medicatie toedienen ook mogelijk is op vrijwillige basis (in de praktijk: M & M akkoord).
- Een beschrijving en protocollering van de toepassing van CFB-technieken kan niet worden gemist.
- Ingeval van dwang- of drang is een voortdurende procesevaluatie nodig.
- Uitzonderingen dienen bespreekbaar te zijn. Er zouden uitzonderingen mogelijk moeten zijn op het advies dat separatie of afzondering altijd begeleid dient te geschieden.

De 112 Bopz-plaatsen en de Richtlijn

De gevolgen van het realiseren van de Bopz-plaatsen (paragraaf 3.5) voor het werken met de Richtlijn zijn tweërlei. Het werken op een Bopz-afdeling ontwikkelt zich, in elk geval voor verpleegkundigen en groepsleiders, tot een specialisme. Dit leidt tot een toename van (juridische) deskundigheid ten aanzien van de verpleging van jeugdigen die met dwang te maken hebben. Een tweede gevolg is dat het behandelklimaat zonder de Bopz-plaatsen anders zou zijn. Hierdoor kunnen jeugdigen met zeer gecompliceerde problematiek opgenomen worden en dan kan men eigenlijk niet zonder een eisenstellend document als de Richtlijn werken.

Conclusie

De Richtlijn is tamelijk positief ontvangen, maar er zijn ook kritische kanttekeningen. Positief ontvangen zijn de heldere uiteenzetting van het wettelijk kader, de definities en de drieslag huisregels, opvoeding, behandeling.

Het - in mijn ogen belangrijke - effect van de Richtlijn is dat er in de KJP een bewustwordingsproces over de rechtspositie van kinderen en jongeren (verder) in gang is gezet. Er blijkt veel behoefte te zijn aan collegiaal en multidisciplinair overleg over

dwangtoepassingen, vooral naar aanleiding van concrete situaties.

De verplichting om bij toepassing van middelen en maatregelen of dwangbehandeling een IBS aan te vragen stuit op veel weerstand. Dit is in de praktijk vooral problematisch bij kortdurende separaties, afzonderingen en toepassing van CFB-technieken. Het advies om kinderen jonger dan twaalf jaar niet te separeren en minderjarigen alleen begeleid af te zonderen blijkt ook moeilijk om op te volgen. Ook is er nog altijd onduidelijkheid over de praktische vraag naar de afgrenzing van dwang die toegestaan is op grond van de Wet Bopz en pedagogische maatregelen. Dit komt vooral bij vrijheidsbeperkingen aan het licht.

Het realiseren van de Bopz-plaatsen heeft gevolgen voor het werken met de Richtlijn, omdat dit leidt tot een toename van deskundigheid in het omgaan met dwangtoepassing en het toepassen van de Wet Bopz. Ten tweede is de Richtlijn als toetssteen een voorwaarde voor het verlenen van goede zorg op een Bopz-afdeling.

4.3.4 Nabeschouwing en aanbevelingen

Nabeschouwing

Door de verspreiding van de Richtlijn is de Wet Bopz (opnieuw) onder de aandacht gebracht en daarmee is discussiestof aangereikt. De Richtlijn verschaft niet op alle punten helderheid en dat bevordert de discussie, een vaak geuite wens. Het werkveld heeft om goed met de wet en de Richtlijn te kunnen werken kennelijk een gewenningsperiode nodig.

In de Richtlijn wordt er van uitgegaan dat ouders hun pedagogische bevoegdheden tijdelijk aan de instelling overdragen. Met deze constatering wordt de kernvraag naar de reikwijdte van die pedagogische bevoegdheden niet beantwoord. Mag een hulpverlener een kind op zijn kamer opsluiten, verbieden met anderen te spelen of te praten, zijn mobieltje afnemen? De rode draad in het onderzoek, zowel in de evaluatie van de Wet Bopz als in de evaluatie van de Richtlijn, is dat het uitermate moeilijk is om Bopz-dwang te onderscheiden van pedagogische maatregelen. Dwang is ingevolge de Wet Bopz alleen toegestaan als er aan bepaalde vereisten is voldaan, er moet onder andere sprake zijn van gevaar ten gevolge van een geestesstoornis. Een goed opvoeder handelt om bestwil en het is daarom begrijpelijk (maar juridisch niet helemaal correct) dat bestwilelementen bij de interpretatie van het gevaarscriterium ook een rol spelen. De interpretatie van het begrip geestesstoornis is zeer gecompliceerd, niet alleen omdat diagnostiek niet altijd eenvoudig is, maar ook omdat het niet altijd duidelijk is in hoeverre gedragsproblemen met de geestesstoornis te maken hebben. De verwevenheid van Bopz-dwang en pedagogische maatregelen komt vooral tot uiting bij de vrijheidsbeperkingen als iemand naar de kamer sturen of een jong kind verbieden buiten het tuinhek te spelen. Dat zijn beperkingen die 'gewone' opvoeders ook opleggen, maar niet vanwege de gronden van artikel 40 lid 3. De vijf middelen en maatregelen die in het Besluit middelen en maatregelen Bopz¹⁰¹ worden genoemd zijn geen gewone pedagogische maatregelen; dat moge duidelijk zijn. Iemand met CFB-technieken afzonderen, omdat hij of zij zich niet goed gedraagt (dus zonder dat de noodsituatie voortvloeit uit de geestesstoornis) is met het oog op de Wet Bopz wat anders dan iemand met CFB-technieken in bedwang houden, omdat hij zichzelf van het leven wil beroven (als gevolg van een geestesstoornis).

Pedagogische maatregelen, die als een negatieve sanctie kunnen worden beschouwd,

¹⁰¹ Stb. 1993, 563. Indien het handhaven van huisregels (A) of opvoedingsafspraken (B) tot een escalatie leidt, dan kunnen er ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie middelen en maatregelen worden toegepast (pagina 42 en 46). Het lijkt me niet aannemelijk dat in die situaties vocht en voeding als M & M worden toegeediend.

verdienen extra aandacht. Het zijn geen straffen, zo wordt door respondenten benadrukt, maar ze worden door jeugdigen mogelijk wel zo ervaren; de jeugdigen stemmen er niet zonder druk van anderen mee in. Een straf is volgens de Van Dale een maatregel of bejegening ter vergelding van een ongeoorloofde daad of van een verzuim, gewoonlijk met de bedoeling de bedrjver van herhaling of anderen van soortgelijke daden of nalatigheden af te schrikken. Leedtoevoeging of vergelding is niet de bedoeling van de opvoeder, maar de opvoeder wil de jeugdige wel goed laten merken wat wel en wat niet wordt getolereerd. Het is gewenst dat de beroepsgroep zich over deze materie buigt en dat er zo nodig voor de kinder- en jeugdpsychiatrie in de Wet Bopz een aparte paragraaf wordt opgenomen met een limitatieve opsomming van negatieve pedagogische sancties waarmee een jeugdige in beginsel niet instemt.

De Richtlijn omvat voor de toepassing van middelen en maatregelen een aantal adviezen waarop veel kritiek is gekomen. Het blijkt in de praktijk problematisch om het advies kinderen onder de twaalf jaar niet te separeren en alle jeugdigen alleen begeleid af te zonderen, na te leven. De Inspectie en Minister van VWS zijn echter ook van mening dat een zorgvuldige separatie of afzondering van jeugdigen (ook boven de 12 jaar) altijd begeleid moet plaatsvinden. De Minister voert hierbij als redenen aan dat in de vakliteratuur wordt gesteld dat jeugdigen die zich automutieren zichzelf door separatie nog ernstiger kunnen verwonden en dat separatie een ernstige scheidingsangst tot gevolg kan hebben.¹⁰² Wellicht is het mogelijk dat een ouder of ander vertrouwd iemand het kind tijdens een separatie of afzondering begeleidt. Ouderparticipatie staat in de KJP in de kinderschoenen.¹⁰³

Er is weinig aandacht in de Richtlijn voor het toepassen van technieken voor fysieke inperking. Uit de wetsevaluatie is gebleken dat er veel problemen zijn met het hanteren van deze technieken. Het belangrijkste probleem is mijns inziens dat deze technieken pijn doen als de betrokkene zich verzet. Er zijn serieuze klachten over deze grepen geuit. Ook is naar voren gekomen dat de redenen voor fysieke inperking zeer uiteenlopend zijn.

Het zwaarwegend advies (op grond van een wettelijke verplichting) om ingeval van dwangbehandeling of toepassing van middelen en maatregelen ter legitimering een IBS aan te vragen, stuit op veel verzet. Ook de Inspectie verplicht de instellingen in het kader van de toetsing hiertoe. Dit advies hangt samen met het systeem van de Wet Bopz, waarin de interne rechtspositieregeling alleen van toepassing is op patiënten met een Bopz-titel en kan daarom niet worden genegeerd.

Dit alles overziende zouden de volgende aanpassingen van de Richtlijnen overwogen kunnen worden:

Algemeen

1. De bekendheid van de Richtlijn op de werkvloer kan verbeterd worden door middel van publicaties in de vakpers van verpleegkundigen en groepsleiders en studie- en discussiedagen voor verpleegkundigen en groepsleiders. Het zou praktisch zijn indien de Richtlijn voor dagelijks gebruik kon worden samengevat en aan iedereen die met dwang in ruime zin te maken heeft persoonlijk zou worden uitgereikt. De uitgebreide versie zou dan als 'naslagwerk' voor gecompliceerde situaties kunnen dienen.

¹⁰² Aanhangsel handelingen TK 1998-1999, 1439.

¹⁰³ Van Strien 2000, p 331.

Toegevoegd zou kunnen worden:

2. Aan de definities: indien mogelijk, een definitie van het begrip geestesstoornis in de zin van de Wet Bopz en een definitie of omschrijving van het begrip gedragstoornissen (of: gedragproblemen).

Toelichting: Het is nodig dat dit wordt verduidelijkt, omdat de Wet Bopz alleen van toepassing is als er sprake is van een geestesstoornis.

3. Aan de opsomming van onwenselijke handelingen: toepassen van technieken voor fysieke inperking door niet ter zake deskundigen en toepassen van technieken voor fysieke inperking die pijn doen, het langdurig separeren van een jeugdige zonder de mogelijkheid om dagelijks onder begeleiding naar buiten te kunnen gaan¹⁰⁴.

4. Aan de handelingsrichtlijn: zorgvuldigheidseisen voor het toepassen van technieken voor fysieke inperking.

Toelichting: De werkgroep 'Fysieke inperking' onder auspiciën van GGZ Nederland houdt zich momenteel (oktober 2001) bezig met het opstellen van zorgvuldigheidseisen.

5. Aan het schema behandelingsmogelijkheden op grond van de WGBO in het vak 'Is de tijd te kort voor het vragen van vervangende toestemming?' kan worden toegevoegd 'Is de ingreep (kennelijk) nodig om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen?'

Toelichting: Dit volgt uit artikel 7:466 lid 1BW.

De volgende onderwerpen zouden door de beroepsgroep van psychiaters en verpleegkundigen/groepsleiders samen met (vertegenwoordigers van) cliënten doordacht kunnen worden, en eventueel opgenomen in de richtlijn:

6. A. De principiële vraag of en in hoeverre strafsancties in de kinder- en jeugd psychiatrie toegepast kunnen worden, en op welke gronden

Toelichting: Veel pedagogische maatregelen die in de Richtlijn beschreven zijn, kunnen een strafkarakter hebben of worden door jeugdigen als straf ervaren. Het is nodig dit te expliciteren, omdat maatregelen met een strafkarakter in de kinder- en jeugdpsychiatrie onder het regime van de Wet Bopz niet zijn geoorloofd. Indien het communis opinio is dat deze sancties onmisbaar zijn, dient dit in de Wet Bopz te worden geregeld. De sancties dienen limitatief te worden opgesomd met daarbij de toegestane gronden.

B. De vraag in welke situaties welke voorwerpen bij onvrijwillig opgenomen patiënten kunnen worden ontnomen.

Toelichting: Het eigendomsrecht is onverkort geldig voor minderjarigen (artikel 5:1 juncto 1:1 BW). Een Bopz-instelling is niet zonder meer gerechtigd het eigendomsrecht te beperken. Daarom is het gewenst dat er richtlijnen komen voor het inperken van het gebruik van goederen die aan jeugdigen toebehoren.¹⁰⁵ Deze richtlijn dient te beantwoorden aan het criterium van artikel 36 lid 3 Wet Bopz.

7. De interpretatie van verzet dient met het oog de rechtszekerheid helder en eenduidig te zijn.

¹⁰⁴ Zie ook: Pvp Krant september 2001.

¹⁰⁵ Het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen beschikt niet over een vergelijkbare richtlijn voor gebruik op scholen.

Toelichting: Het was al een wens van de auteurs van de Richtlijn om dit te verhelderen (p. 37). De kwalificatie van verzet is bepalend voor iemands rechtspositie.

8. Een operationalisering van het begrip wilsonbekwaamheid bij minderjarigheid.

Toelichting: In de praktijk van de KJP is hierover nog maar weinig nagedacht. In de evaluatie van de WGBO wordt geconcludeerd dat het de hoogste tijd is de aandacht te richten op de praktijk van de beoordeling van wils(on)bekwaamheid.¹⁰⁶ Vaak wordt in de kinder- en jeugdpsychiatrie toestemming van de ouders gevraagd, ook als deze toestemming juridisch niet vereist is.

9. De vraag in hoeverre op het niet of onvoldoende nakomen van behandelingsafspraken gereageerd mag worden met de in categorie 2 genoemde sancties: opdrachten geven, het onthouden van privileges, inperking van het gebruik van goederen, ruimtelijke en fysieke inperking (p. 49).

Toelichting: Informed consent veronderstelt - volgens de heersende leer - dat de toestemming vrijwillig, dus zonder drang of druk van buitenaf, is gegeven. Een patiënt kan dus altijd zijn eerder gegeven instemming intrekken; een eerder gezette handtekening doet niet ter zake. Dit is anders als aan de voorwaarden voor dwangbehandeling of middelen en maatregelen is voldaan. De maatregelen die in categorie C2 zijn genoemd strekken er toe dat de behandelingsafspraken toch nagekomen worden en worden door de betrokkene hoogst waarschijnlijk als straf ervaren.

¹⁰⁶ J.C.J. Dute (et al.), De evaluatie van de WGBO, 2000, p. 143.

5

Samenvatting, conclusies, nabeschuiving en aanbevelingen

5.1 Samenvatting en conclusies

Voor de tweede evaluatie van de Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn de hierna genoemde onderzoeksvragen beantwoord. De antwoorden zijn gebaseerd op uitkomsten van een enquête onder 14 van de 24 instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, de uitkomsten van een enquête onder drie van de vijf jongerenraden, de met de beantwoorde vragenlijsten meegezonden protocollen, interviews in zeven instellingen met behandelaars, groepsleiders en verpleegkundigen, ouders, kinderpatiëntenvertrouwenspersonen en interviews met inspecteurs voor de gezondheidszorg en ander sleutelfiguren. De onderzoeksvragen zijn:

A. De evaluatie van de Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie:

1. Hoeveel jeugdigen zijn sinds de vorige Bopz- evaluatie met een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling opgenomen in instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en welke waren de kenmerken van deze jeugdigen? Hoe verhoudt dit aantal zich tot de schatting die tijdens de vorige Bopz-evaluatie is gemaakt?
2. Welke zijn de overeenkomsten en de verschillen die hebben geleid tot een opname met rechterlijke machtiging of inbewaringstelling enerzijds en casussen die overeenkomstig de Wet Bopz tot een opname met een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling hadden moeten leiden, maar daartoe niet hebben geleid anderzijds?
3. Hoe wordt thans omgegaan met de wettelijke voorschriften omtrent dwangbehandeling, middelen & maatregelen, vrijheidsbeperkingen en het klachtrecht, en welke knelpunten doen zich daarbij in de praktijk voor?
4. Welke houding neemt de Inspectie voor de Gezondheidszorg aan ten aanzien meldingen van dwangtoepassing en vrijheidsbeperkingen?
5. Zijn de Bopz-plaatsen in de kinder- en jeugdpsychiatrie gerealiseerd?
6. Zijn de hulpverleners in de sector intussen meer op de hoogte van de wet dan tijdens de vorige Bopz-evaluatie? Zo niet, wat is de reden daarvan en met welke middelen en via welke kanalen kunnen zij het beste worden voorgelicht?

B. De Richtlijn "De Wet Bopz en van pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie":

7. Is de Richtlijn voldoende bekend bij de instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie? Zo niet, wat is hiervan de reden?
8. Is de Richtlijn in de huidige vorm toepasbaar voor de hulpverleners?
9. Op welke onderdelen dient de Richtlijn te worden gewijzigd?
10. Voor welke problemen of knelpunten biedt de Richtlijn geen of onvoldoende oplos-

sing? Op welke wijze kunnen deze worden opgelost?

11. Welke gevolgen heeft het realiseren van de Bopz-plaatsen voor het werken met de Richtlijn?

5.1.1 De externe rechtspositie (vraag 1 en 2)

Het aantal rechterlijke machtigingen neemt de laatste jaren fors toe. Het aantal inbewaaringstellingen fluctueert, maar er is geen duidelijke stijgende of dalende lijn te ontdekken. Er wordt veel energie besteed aan het voeren van gesprekken met ouders en jeugdige om toch tot een vrijwillige opname te komen. In de praktijk wordt terughoudend omgegaan met het aanvragen van een Bopz-titel in gevallen waarin de wet daar strikt genomen wel toe verplicht. Niet ondenkbaar is dat een relatief grote groep minderjarigen als gevolg daarvan de met de Wet Bopz beoogde rechtsbescherming wordt onthouden. Als een jeugdige is opgenomen en hij verzet zich tegen opname of verblijf, wordt het verzet niet snel erkend. Verzet, zo blijkt echter uit de wetsgeschiedenis, kan verbaal of nonverbaal worden geuit. Hiervoor geldt geen vormvereiste. Bij twijfel behoort de betrokkene het voordeel van de twijfel te krijgen.

Het gevaarscriterium wordt niet eenduidig geïnterpreteerd: soms zeer strikt, maar er kunnen ook bestwilelementen een rol spelen. Cruciaal is of de ouders al dan niet meer in staat zijn invloed op het kind uit te oefenen. Als de ouders iets voor het kind betekenen - zo is de algemene tendens - wordt het gevaarscriterium strikter geïnterpreteerd (onderzoeksvraag 2). De interpretatie van gevaar is voor een voorlopige rechterlijke machtiging strikter dan bij het verlengen van een rechterlijke machtiging. Bij het verlengen van een rechterlijke machtiging spelen nogal eens behandelinhoudelijke redenen een rol. Dit is niet in overeenstemming met het recht: ook bij het verlengen van een rechterlijke machtiging behoort aan het gevaarscriterium te worden getoetst.

Het causaal verband tussen geestesstoornis en gevaar is problematisch. Niet altijd is duidelijk of gedragsstoornissen voortvloeien uit een psychiatrische ziekte of op zichzelf staan. Er kan ook twijfel bestaan omtrent de diagnose; deze twijfel is problematisch, omdat de Wet Bopz alleen van toepassing is indien er sprake is van een geestesstoornis. De capaciteitsproblemen in de kinder- en jeugdpsychiatrie brengen forse problemen met zich mee. Doordat jeugdigen vaak lang op een behandeling moeten wachten, kan er een crisis ontstaan (die voorkomen had kunnen worden) en die onvrijwillige opname noodzakelijk maakt. Anderzijds wordt soms vanwege de wachtlijstproblematiek of omdat de betrokken te gevaarlijk is voor de afdeling, afgezien van het aanvragen van een Bopz-opname.

Er is onduidelijkheid over het voorkomen van dwangtoepassingen voor en tijdens ambulancevervoer.

5.1.2 Interne rechtspositie (vraag 3)

Informed consent

De samenloop van de regelingen van toestemmingverlening in de WGBO en de Wet Bopz is voor de kinder- en jeugdpsychiatrie zo ingewikkeld, dat het - ofschoon bijna niemand erover klaagt - nagenoeg onwerkbaar is. De ouders of voogd van kinderen tot 12 jaar met een Bopz-titel verlenen in de praktijk toestemming voor behandeling ter afwendings van gevaar dat de aanleiding voor de opname was en dat voortvloeit uit een geestesstoornis (het Bopz-behandelplan). In de leeftijdsgroep van 12 tot en met 15 jaar geven de cliënt en de ouders in de praktijk meestal gezamenlijk toestemming, ook wanneer het gaat om een Bopz-behandelplan. Bij jongeren boven de 16 jaar is het ook niet ongebruikelijk dat ouders hiervoor mede toestemming verlenen. Deze werkwijze is

niet in overeenstemming met het wettelijk systeem: jongeren boven de twaalf jaar met een Bopz-titel behoren voor een Bopz-behandelplan zelfstandig toestemming te geven.

Als gevolg van de moeilijke (crisis)situatie, waarin de jongere of het kind en het gezin bij opname verkeren en het feit dat de opname vaak de laatste strohalm is, is de gegeven toestemming niet altijd vrij van pressie door de hulpverleners en omgeving. Hierdoor staat het informed consent beginsel onder druk. Het juridische begrip wilsonbekwaamheid wordt in de kinder- en jeugdpsychiatrie nauwelijks gehanteerd. Verzet wordt, anders dan de wetgever heeft bedoeld, niet snel erkend. De interpretatie van verzet heeft directe gevolgen voor de rechtspositie van de cliënt. Als een jeugdige zich tegen een middel of maatregel verzet, is er geen sprake meer van een (be)handeling waarvoor toestemming is gegeven. Dan is de Wet Bopz van toepassing en dient een Bopz-titel te worden aangevraagd. In de praktijk blijkt het een hoge drempel om een inbewaringstelling of een rechterlijke machtiging aan te vragen.

Er is in de praktijk onduidelijkheid over de vraag of en in hoeverre de gezinsvoogd de onder toezicht gestelde jeugdige kan vertegenwoordigen. Het komt voor dat de gezinsvoogd bij een onder toezicht gestelde jeugdige in het overleg betrokken wordt en plaatsvervangende toestemming verleent. Dit staat op gespannen voet met de vertegenwoordigingsregelingen in de WGBO en de Wet Bopz.

Dwangbehandeling

Dwangbehandeling komt voor, waarschijnlijk niet op grote schaal, en vooral bij jongeren van 15 jaar en ouder. De belangrijkste vormen van dwangbehandeling zijn separeren in de vorm van een separeerstappenplan en in mindere mate afzonderen en medicatie. Het was bijzonder moeilijk de praktische invulling van het criterium 'volstrekt noodzakelijk ter afwending van ernstig gevaar' te expliciteren. Het verschil tussen gevaar en ernstig gevaar komt in de praktijk niet uit de verf. Vaak komt het erop neer dat de behandelaar geen uitweg meer ziet, omdat de betrokkene niet (meer) te beïnvloeden is. Het (ernstige) gevaar bestaat meestal uit destructief en agressief gedrag, gevaar voor suïcide of automutilatie. De reden voor afzondering kan zijn dat men een prikkelarme omgeving voor het kind wenst, soms mede om opvoedkundige redenen. Bij fixeren spelen soms bestwilelementen bij de interpretatie van het gevaarscriterium een rol. Opvoedkundige overwegingen en bestwilargumenten zijn echter geen juridisch juiste gronden voor dwangbehandeling. Bij het toedienen van vocht en voeding speelt het gevaarscriterium wel de hoofdrol. In 20 % van de bij de Inspectie gemelde dwangbehandelingen lag de grond voor de dwangbehandeling in een reden die niet door de wet wordt toegestaan: gevaar voor materieel. Opvallend is dat meer meisjes (60 %) dan jongens dwangbehandeling ondergaan.

Middelen en maatregelen

Het aantal bij de Inspectie gemelde middelen en maatregelen bleef in de periode van 1996-1999 redelijk constant, maar steeg in 2000. Middelen en maatregelen worden vooral gemeld bij jongeren van 15 jaar en ouder. Een ruime meerderheid van middelen en maatregelen is van zeer korte duur, ongeveer een kwartier (dit komt het meest voor) tot een dag, maar een klein gedeelte duurt langer dan de toegestane zeven dagen. Aangezien er op vrijwillig opgenomen patiënten geen middelen en maatregelen mogen worden toegepast, dient voor hen een Bopz-titel te worden aangevraagd. Dit wordt dringend geadviseerd door de Inspectie en in de Richtlijn 'De Wet Bopz en pedagogische maatregelen (hierna: de Richtlijn)'. Bij kinderen tot twaalf jaar, is dit alleen nodig indien de ouders of voogd geen toestemming geven. De regel wordt als zeer belastend en onredelijk ervaren en daarom slecht nageleefd.

De protocollen die over middelen en maatregelen gaan zijn zeer wisselend van kwaliteit en uitgebreidheid. De wettelijke criteria worden wel genoemd, maar zelden toegelicht aan de hand van praktische voorbeelden. Ook wordt in de protocollen bijna geen aandacht besteed aan de vraag hoe te beslissen dat de noodsituatie niet meer aanwezig is. Over het algemeen beslist de groepsleider of verpleegkundige (als vervanger van de behandelaar) om over te gaan tot middelen of maatregelen en wordt de behandelaar later in het overleg betrokken, een pragmatische oplossing, omdat in beginsel de behandelaar de beslissing behoort te nemen.

Verreweg het meest toegepast wordt separeren. Incidenteel worden kinderen jonger dan 12 jaar onbegeleid gesepareerd, omdat begeleid separeren volgens hulpverleners in sommige situaties contraproductief werkt. De Minister van VWS, de Inspectie en de Richtlijn adviseren dit niet te doen. De voornaamste reden om te separeren is agressie in ruime zin: jegens de eigen persoon (automutilatie, suïcide), jegens anderen of jegens materieel. Maar er is ook een opvoedkundige component: opvoedkundige problemen kunnen uitmonden in een escalatie die tot separatie leidt.

De conclusies ten aanzien van separeren zijn in grote lijnen relevant voor afzonderen. Afzonderen wordt eerder in kinderafdelingen toegepast. De kwaliteit en inrichting van afzonderingsruimten is zeer wisselend; soms is er voor de patiënt (in strijd met het recht) geen alarminstallatie aanwezig.

Fixeren kan op twee manieren gebeuren: iemand kan met behulp van materialen of met behulp van lichaamstechnieken worden gefixeerd. Fixeren met behulp van materialen komt voor bij heftige psychomotore onrust, automutilatie of indien de jeugdige zich tegen het geven van sondevoeding verzet. Anders dan de wetgever heeft bedoeld, kleuren bestwiloverwegingen het gevaarscriterium. Deze vorm van fixeren wordt over het algemeen aan de Inspectie gemeld.

Dit is anders bij het toepassen van technieken voor fysieke inperking, de zogenaamde technieken voor 'Controle Fysieke beheersing' (CFB-technieken, in sommige instellingen ook wel DDG-technieken, dreigend destructief gedrag, genoemd). Deze technieken maken deel uit van een verpleegkundige methode, die gericht is op het omgaan met agressie in ruime zin. Hieronder valt niet alleen fysieke agressie, maar ook verbale agressie en seksuele intimidatie/agressie. CFB-technieken kunnen pijn doen als de cliënt zich verzet en letsel tot gevolg hebben; uiteraard is dit ongewenst. Hoewel het toepassen van CFB-technieken aan de Inspectie gemeld dient te worden, is dit volgens veel (niet alle) hulpverleners geen algemeen gebruik, evenmin als het aanvragen van een inbewaringstelling na toepassing van CFB-technieken. Over het algemeen wordt wel aantekening in het dossier gemaakt.

Medicatie als M & M betekent in de praktijk een kalmerende medicatie per injectie toedienen. Gevaar wordt bij deze vorm van M & M in het algemeen terecht zeer strikt geïnterpreteerd, Medicatie als M & M kan erg effectief zijn en het gebeurt incidenteel. Medicatie wordt als M & M door de sectie kinder- en jeugdpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie afgeraden, omdat het ingrijpend is en omdat er nadelige bijwerkingen kunnen optreden.

Toediening van vocht en voeding als middel en maatregel komt zelden voor. Immers, een gevaarlijke, levensbedreigende, situatie als gevolg van uitdroging en/of ondervoeding ontstaat niet van het ene op het andere moment; er is altijd tijd over overleg.

Er worden soms middelen en maatregelen in combinatie met elkaar gebruikt.

Bij het toepassen van middelen en maatregelen spelen vaak opvoedkundige overwegingen en bestwilargumenten een rol; niet altijd is duidelijk in hoeverre de gedragsstoornissen te maken hebben met de psychiatrische ziekte.

Vrijheidsbeperkingen

Een afdeling waar jeugdigen onvrijwillig zijn opgenomen is bijna altijd gesloten afdeling. Het is gebruikelijk om een jeugdige die net is opgenomen een aantal dagen geen bewegingsvrijheden te geven. Dit is op grond van artikel 40 lid 3 gelegitimeerd. Als een jeugdigen laat zien dat hij meer vrijheden aankan, dan wordt het recht op bewegingsvrijheid langzaam opgebouwd. Bewegingsvrijheid wordt in de beleving van jeugdigen verdiend door je aan de afspraken te houden. Het wettelijk systeem is omgekeerd: het recht op bewegingsvrijheid is uitgangspunt en dit kan vanwege in de wet omschreven gronden worden beperkt. Bij het beperken van het recht op bewegingsvrijheid wordt niet altijd strikt aan de gronden van artikel 40 lid 3 voldaan; er is vaak een opvoedkundige component aanwezig.

Het recht op bezoek en telefoon wordt zeer wisselend ingeperkt. Het is opmerkelijk dat deze soms forse beperkingen door veel hulpverleners niet als beperkingen in de zin van artikel 40 worden gekwalificeerd. Deze gang van zaken klemmt, omdat hier een spanning is met de wettelijke gronden en met artikel 9 lid 3 van het Verdrag inzake de rechten van het kind: "De staten (...) eerbiedigen het recht van het kind dat van een ouder of van beide ouders is gescheiden, op regelmatige basis persoonlijke betrekkingen en rechtstreeks contact met beide ouders te onderhouden, tenzij dit in strijd is met het belang van het kind."

In bijzondere gevallen wordt het recht post te ontvangen tijdens separatie ingeperkt, terwijl dit wettelijk is niet is toegestaan.

Ook bij de toepassing van artikel 40 is in het algemeen duidelijk een opvoedkundige component aanwezig; artikel 40 kan (met name bij jonge kinderen) in de ogen van veel hulpverleners strijdig zijn met de WGBO-norm van de zorg van een goed hulpverlener.

Pedagogische maatregelen

Bij een pedagogische sanctie is altijd sprake van dwang. Veel Bopz-dwangmaatregelen worden (mede) om opvoedkundige redenen toegepast, ook bij jeugdigen die vrijwillig (dat wil zeggen: niet met een Bopz-titel) zijn opgenomen, en zonder dat aan de rechtsbeschermingvereisten van de Wet Bopz is voldaan. Hierdoor is de invulling van het gevaarscriterium niet altijd in overeenstemming met de wet. Het is een in juridisch opzicht mistig gebied. Geen enkele jeugdige stemt immers in met een negatieve sanctie, en de Wet Bopz regelt niets omtrent sancties; er is bij opvoeding in beginsel geen sprake van een verband met een geestesstoornis. Sommige in de praktijk toegepaste sancties zijn niet proportioneel of houden op onrechtmatige gronden middelen en maatregelen vrijheidsbeperkingen in.

Privacy

Het recht op privacy staat voor wie in een instelling is opgenomen onder druk. Er zijn grote en kleine inbreuken op de privacy gesignaleerd: een afluistersysteem (intercom) dat op de slaapkamers is geplaatst, geldbeheer is niet altijd in eigen hand (bankafschriften kunnen worden geopend), kinderen en jeugdigen mogen niet altijd vrijelijk vriendschappen en intieme relaties aangaan.

5.1.3 Klachtrecht (vraag 3)

De betekenis van het klachtrecht mag niet worden overschat. Doordat de procedurele voorschriften op volwassenen ingesteld zijn, en kinderen en jeugdigen in een afhankelijke positie verkeren, is de drempel om te klagen hoog. Veel vragen en klachten worden door de hulpverleners zelf behandeld. In de periode van 1998-2000 werden 545 vragen en klachten door de kinderpatiëntenvertrouwenspersoon behandeld; in slechts enkele

gevallen leidt dit tot een procedure bij de klachtcommissie ex artikel 41. De zaken die in de onderzochte periode door de klachtencommissie ex artikel 41 werden behandeld hadden betrekking op dwangbehandeling, middelen en maatregelen en vrijheidsbeperkingen.

De klachtencommissies toetsen zeer wisselend. In de motivering wordt soms wordt stapsgewijs het wettelijk systeem gevolgd en daarna getoetst aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Andere klachtencommissies redeneren meer behandelinhoudelijk.

5.1.4 Staatstoezicht (vraag 4)

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt in het kader van artikel 63 – 65a toezicht op naleving van de Wet Bopz, door het afleggen van bezoeken aan de instellingen en het toetsen van meldingen. De handhavingstaken van de Inspectie zijn beschreven in het 'Handboek Bopz'. De Inspectie is momenteel (2001) bezig met een diepgaande kwaliteitstoetsing in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het is in de kinder- en jeugdpsychiatrie niet voorgekomen dat de Minister op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen een schriftelijke aanwijzing heeft gegeven die betrekking heeft op de een Bopz-aangelegenheid.

Tijdens de interviews is naar voren gekomen, dat voor het goed vervullen van de Bopz-handhavingstaken in de kinder- en jeugdpsychiatrie bij de Inspectie onvoldoende menskracht is. Dit blijkt ook uit de jaarrapportages. Daarin wordt - met uitzondering van de rapportage over 2000 - slechts zijdelings verslag gedaan van gang van zaken in de kinder- en jeugdpsychiatrie. De Inspectie heeft nog nooit bij de rechter een verzoekschrift ingediend voor een cliënt wiens klacht ongegrond was, of niet tijdig behandeld, dan wel voor een cliënt die zelf niet kon klagen. De inhoud van de toezichtbezoeken en de toetsing van de Bopz-meldingen worden door de betrokken instellingen zeer verschillend ervaren: soms als zeer betrokken en kritisch, soms als afstandelijk. De Inspectiemedewerkers beoordelen de meldingen op papier en toetsen de juridische causaliteit. Bij bijzonderheden wordt contact opgenomen met de behandelaar. Bij de toetsing wordt erop toegezien of er in geval van dwangbehandeling en middelen en maatregelen een geldige Bopz-titel is. Uit de gegevens van Bopzis-2 blijkt echter dat dit niet altijd het geval is. De Inspectie constateert een forse ondermelding, met name bij fixatie. Een vergelijking van de resultaten van de enquête en de gegevens van Bopzis-2 bevestigt dit vermoeden. De Inspectie zou graag een meldingsplicht zien voor dwangbehandeling en middelen en maatregelen voor kinderen tot twaalf jaar die zich verzetten. Opvallend is dat twee regionale inspecteurs aan verzet de eis stellen dat het structureel, consistent en overwogen moet zijn, terwijl de Hoofdinspectie, in overeenstemming met het recht, elk verzet als verzet beschouwt. Gezien de onduidelijkheid in de praktijk rond de interpretatie van artikel 40 en de vage afgrenzing van pedagogische maatregelen met dwang in de zin van de Wet Bopz lijkt het een gemis dat de Inspectie geen aandacht aan deze onderwerpen schenkt.

De Inspectie maakt zich ernstige zorgen over de schaarste in de kinder- en jeugdpsychiatrie, zowel als gevolg van de schaarse financiële middelen, als door het gebrek aan kinder- en jeugdpsychiaters en adequaat opgeleide groepsleiders.

Bezoek van de Officier van Justitie

Ingevolge de Wet Bopz bezoeken de Officieren van Justitie op onbepaalde tijden psychiatrische ziekenhuizen in hun ambtsgebied om zich ervan te verzekeren dat niemand wederrechtelijk is opgenomen. Uit de enquête is gebleken dat van de 14

instellingen, die de vragenlijst hebben ingevuld, slechts één instelling regelmatig van de Officier van Justitie (OvJ) bezoek krijgt. Er zijn weinig verslagen ex artikel 68 geschreven. De artikelen 67 en 68 lijken voor de kinder- en jeugdpsychiatrie van weinig praktische betekenis.

5.1.5 Realisering van de 112 Bopz-plaatsen (vraag 5)

Met de brief van 20 maart 1997 is door de Minister van VWS ingestemd met de realisatie van 112 Bopz-plaatsen bij klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Voor zover door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen te traceren valt, zijn op 29 juni 2001 vergunningen afgegeven voor de realisering van 71 van de 112 Bopz-plaatsen. Soms gaat het om tijdelijke huisvesting vooruitlopend op definitieve accommodatie. Verwacht wordt dat het grootste deel van deze plaatsen daadwerkelijk in gebruik is. Voor de resterende 41 Bopz-plaatsen zijn wel verklaringen van behoefte ex Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) afgegeven door het Ministerie van VWS. Bouwplannen voor deze plaatsen zijn of nog niet ingediend bij het bouwcollege of al wel ingediend, maar onderwerp van bespreking. Dit kan te maken hebben met te hoge investeringskosten of opmerkingen over de opzet en lay-out van de voorziening.

5.1.6 Bekendheid van de wet (vraag 6)

De kennis van de Wet Bopz is bij hulpverleners weliswaar toegenomen, maar nog onvoldoende. Er zijn nog leemten in de kennis. In de praktijk is behoefte aan korte uiteenzettingen over de wet, mondelinge bijscholing en casusbesprekingen. De verspreiding van de Richtlijn heeft, vooral bij psychiaters en afdelingshoofden, maar minder bij verpleegkundigen en groepsleiders, tot meer wetskennis geleid. De voorlichting aan jeugdigen schiet tekort.

5.1.7 Evaluatie van de Richtlijn 'De Wet Bopz en pedagogische maatregelen' (vraag 7 tot en met 11)

De Richtlijn 'De Wet Bopz en pedagogische maatregelen' (hierna: de Richtlijn) is in 1999 uitgebracht naar aanleiding van de eerste evaluatie van de Wet Bopz als hulpmiddel bij de implementatie van de wet. De Richtlijn is als gevolg van de verspreiding via het Landelijk Beraad voor de kinder- en jeugdpsychiatrie zeer goed bekend bij de leidinggevenden van alle instellingen. De bekendheid van de Richtlijn bij verpleegkundigen en groepsleiders is echter minder groot. De Richtlijn heeft een bijdrage geleverd aan het bewustwordingsproces ten aanzien van wettelijke regelingen. Er is vooral behoefte aan korte schriftelijke informatie over de Richtlijn en aan collegiaal en multidisciplinair overleg naar aanleiding van concrete situaties.

De uiteenzetting van het wettelijk kader, de definities en de onderscheiding tussen huisregels, opvoeding en behandeling worden door de meeste hulpverleners gewaardeerd. Daarbij wordt echter aangetekend dat het in de hectische drukte van alledag niet altijd mogelijk is naar dit onderscheid te handelen. De categorisering wordt door sommigen als ingewikkeld ervaren. In de Richtlijn worden door enkelen gemist: een definitie van het begrip geestesstoornis (ter onderscheiding van gedragsproblemen), zorgvuldigheidseisen voor het toepassen van technieken voor fysieke inperking en een praktische uitwerking van de begrippen verzet en wilsonbekwaamheid voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het onderscheid tussen dwang op grond van de Wet Bopz en pedagogische maatregelen blijft moeilijk, vooral als het gaat om beperkingen in de bewegingsvrijheid. Het zwaarwegend advies om bij toepassing van middelen en maatregelen direct een inbewaringstelling aan te vragen wordt door velen als onwerkbaar beschouwd, evenals

het advies om separatie bij jeugdigen tot twaalf jaar niet toe te passen en afzondering altijd begeleid toe te passen.

5.2 Nabeschouwing en aanbevelingen

Zonder twijfel komt er in de kinder- en jeugdpsychiatrie veel goeds tot stand. In deze evaluatie staan echter de gecompliceerde vragen rondom dwang centraal. Het is bijzonder moeilijk om een goede reactie te geven op ernstige agressie; machteloosheid speelt vaak een grote rol. Daarbij komt dat kinderen en jeugdigen zijn erg afhankelijk zijn. De norm van de wet is ver verwijderd van de praktijk. De conclusie van de eerste evaluatie van de Wet Bopz in 1996, waarin werd gesteld dat er een sterke verwevenheid is van dwang in de zin van de Wet Bopz en pedagogische maatregelen, is nog altijd actueel.

Men hanteert de wet met grote terughoudendheid, zo blijkt uit het onderzoek; om diverse redenen wordt soms ten onrechte geen Bopz-titel aangevraagd. Vanuit juridisch gezichtspunt is dit bedenkelijk, omdat jeugdigen hierdoor rechtsbescherming ontberen. Niemand ontkent dat het goed is dat de rechtspositie van jeugdigen die met dwang te maken hebben adequaat is geregeld. Leden van jongerenraden vinden dat dwang niet leuk is, maar soms helaas nodig. Een raad schrijft: "We vinden het goed dat de Wet Bopz er is, maar men moet zich er wel aan houden". Er wordt in de praktijk stevig met de wet geworsteld.

Toepasbaarheid

De ondervraagde instellingen zijn in het algemeen gesproken van mening dat de regeling van de externe rechtspositie redelijk werkbaar is. De wet leidt tot meer duidelijkheid en meer rechtszekerheid bij behandelaars en bij patiënten. Maar er zijn ook kanttekeningen te plaatsen. Voor hulpverleners is het soms moeilijk te accepteren dat een jeugdige die onvrijwillig is opgenomen niet altijd kan worden behandeld. Na een onvrijwillige opname heeft de patiënt weliswaar een recht op behandeling, maar niet de plicht een behandeling te ondergaan. Daarvoor dient aan de vereisten voor dwangbehandeling te zijn voldaan. Soms wordt iemand hulp onthouden die bij toepassing van het bestwilcriterium wel geboden zou zijn. Daarbij komt dat het capaciteitsprobleem alle betrokkenen (jeugdige, behandelaars en het gezin) soms¹⁰⁷ voor grote problemen stelt. Het is een bijzonder zorgelijke ontwikkeling dat het incidenteel voorkomt dat jeugdigen niet opgenomen kunnen worden, omdat ze te gevaarlijk zijn.

De regeling van de interne rechtspositie brengt veel meer problemen met zich mee. Er is bij een aantal hulpverleners een behoefte het ernstig-gevaarcriterium bij dwangbehandeling ruim te interpreteren en pedagogische overwegingen daarbij te betrekken. Dit speelt met name bij jeugdigen met ernstige gedragsproblemen. Het is in de praktijk lang niet altijd helder onder welke omstandigheden de eerder gegeven toestemming wordt ingetrokken en er sprake is van verzet. De regeling van middelen en maatregelen wordt door de meerderheid van de ondervraagde instelling als werkbaar beschouwd. Dit is verbazingwekkend, gezien de vele problemen die in paragraaf 3.3.3 naar voren zijn gekomen. Het moeten aanvragen van een inbewaringstelling, als er op een vrijwillig opgenomen patiënt dwangbehandeling of middelen en maatregelen worden toegepast, stuit op veel weerstand. Dit geldt ook voor de bijbehorende meldingsplicht aan de

¹⁰⁷ Vgl. C. Konijn 1999. Zij concludeert dat wachten op hulp van de RIAGG door jeugdigen niet per se tot een verergering van de problematiek hoeft te leiden. Wel neemt de druk op het gezin in ernst toe. De drachtkracht van het gezin is echter een belangrijke factor bij de interpretatie van de wettelijke vereisten voor onvrijwillige opname. Zie paragraaf 3.2.

Inspectie van middelen en maatregelen (kortdurende separaties, afzonderingen en toepassingen van technieken voor fysieke inperking). Ook bij de toepassing van de bepalingen ten aanzien van vrijheidsbeperking zijn de Bopz-normen en de gangbare praktijk ver van elkaar verwijderd. Deze regeling wordt door een aanzienlijke groep hulpverleners onwerkbaar geacht. De grens tussen wat nu wel en geen vrijheidsbeperking is, is grillig; vooral de afgrenzing met pedagogische maatregelen is onduidelijk. Er blijven - ondanks de Richtlijn - veel vragen onbeantwoord. Een kind stevig vasthouden: is dat een pedagogische maatregel, een vorm van fixatie of een inperking van de bewegingsvrijheid? En wat te denken van iemand met zijn tweeën naar de kamer brengen. Volgens de Richtlijn hangt de kwalificatie af van het doel van de handeling. Het is echter erg lastig is om te beoordelen of bepaald gedrag uit pathologie voortkomt of dat een pedagogische benadering meer op zijn plaats is.

De bekendheid van de wet is weliswaar toegenomen, maar nog niet iedereen die in de kinder- en jeugdpsychiatrie met dwang te maken heeft is goed van alles op de hoogte. Er wordt door sommige betrokkenen gesteld dat er geen extra geld beschikbaar is om alle betrokkenen (van hoog tot laag) over de nieuwe wetgeving te informeren en om de wetten deugdelijk uit te kunnen voeren. De wetgeving is soms te ingewikkeld om voor iedereen onder de knie te krijgen en goed toe te passen (zie paragraaf 3.6). Vooral de pedagogische maatregelen vormen in juridisch opzicht nog altijd een complex gebied, omdat het opvoedingsklimaat in een instelling veel strakker en gestructureerder is dan in een gezinssituatie. Het tekort aan goed opgeleid en ervaren personeel is dan ook een groot gemis. Zowel de Inspectie als de instellingen ervaren dit zo.

Er zijn hulpverleners die intensief en serieus met de wet omgaan. Er zijn mensen die wel naar de geest van de wet willen handelen, maar niet naar de letter. Vaak – om invoelbare redenen – kleurt het bestwilprincipe het gevaarscriterium. Maar er zijn ook enkele hulpverleners die vinden dat de rechten van jeugdigen doorslaan en dat jeugdigen ten onrechte de regie in handen hebben. De Wet Bopz wordt door veel hulpverleners geassocieerd met administratieve “rompslomp”. Toch is er een geleidelijke verandering van attitude merkbaar; hieraan heeft de Richtlijn een bijdrage geleverd. Maar er zijn ook betrokkenen die de wet contraproductief vinden: een behandelplan kan zo dichtgetimmerd worden dat er sprake is van defensieve geneeskunde, onmiskenbaar een bijwerking van juridisering. Veel vormen van dwangtoepassing lijken uit machteloosheid voort te komen. Dan is dwang erop gericht om de situatie te beheersen of om de veiligheid te waarborgen. Een van de hulpverleners vroeg zich vertwijfeld af: hoe ver kunnen we gaan met institutioneel geweld? Forensisch psychiater Van Marle schrijft: “Fixeren en isoleren zijn op zichzelf genomen niet bevorderlijk voor herstel; hun nut is slechts dat zij een oplossing voor acuut en fysiek geweld geven”.¹⁰⁸

Doorgetrokken lijn na de eerste Bopz-evaluatie (1996)?

De kennis van de Wet Bopz is de laatste vijf jaar toegenomen, zo is de algemene indruk, maar er zijn nog wel leemten in de kennis. Vooral de samenloop van de diverse regelingen bij informed consent en het juridische onderscheid tussen middelen en maatregelen, dwangbehandeling en pedagogische maatregelen zijn lastig. In de eerste Bopz-evaluatie werd voor de kinder- en jeugdpsychiatrie geconcludeerd dat onvrijwillige opnemingen nauwelijks voorkwamen en dat er veel energie in werd gestoken om tot een vrijwillige opname te komen. Vijf jaar later is het aantal Bopz-opnemingen aanzienlijk gestegen, maar er wordt nog altijd veel moeite gedaan om een

¹⁰⁸ H.J.C. van Marle, Straffen en behandelen : Living apart together, Tijdschrift voor sociaal pedagogische hulpverlening 2000, nr. 33, p. 9.

Bopz-titel te vermijden. Bij het toepassen van middelen en maatregelen of dwangbehandeling wordt in 2001 veel vaker dan in 1996 een Bopz-titel gevorderd, maar het gebeurt nog niet in alle gevallen. De Inspectie eist dit in beginsel wel.

Een andere belangrijke conclusie van de vorige evaluatie had betrekking op het spanningsveld tussen dwang in de zin van de Wet Bopz en pedagogische maatregelen al dan niet met een strafkarakter. Uit de tweede wetsevaluatie is ook naar voren gekomen dat veel pedagogische maatregelen weliswaar als dwang te kwalificeren zijn, maar niet door de Wet Bopz zijn geregeld. De Richtlijn heeft verheldering gebracht, maar zonder een wettelijke regeling van pedagogische maatregelen met een strafkarakter zal dit spanningsveld niet kunnen worden opgeheven.

De algemene conclusie van de tweede evaluatie van de Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie is dat de kennis van de wet weliswaar is toegenomen, maar ook dat alle betrokkenen nog niet tot in detail op de hoogte zijn. De externe rechtspositie is tamelijk werkbaar, maar de regeling van de interne rechtspositie blijft anno 2001 problematisch vanwege de gecompliceerde relatie tussen opvoeding en dwang in samenhang met de onduidelijke interpretatie van verzet.

Is de Wet Bopz geschikt voor de kinder- en jeugdpsychiatrie?

Het zoeken naar een antwoord op deze vraag zou een apart onderzoek vergen. Toch moet de vraag wel aan de orde worden gesteld, zij het summier, omdat de relatie tussen pedagogiek en behandeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie zo gecompliceerd is. Een zeer veel gestelde vraag is: "Kan je je aan de afspraken houden?" Een jongetje antwoordde: "Ik wil niet afgesproken worden". Die afspraken zijn (zo gaat dat soms ook met opvoeden in een normale situatie) vaak eenzijdig gemaakt. Als je je niet aan de afspraken kunt houden, kan er dwang volgen. In het onderzoek is naar voren gekomen dat verzet niet gauw wordt erkend. Er is soms toch sprake van een 'akkoord', terwijl de jeugdige het er eigenlijk niet mee eens is, maar geen andere uitweg ziet, omdat hij weet dat er anders een dwangmaatregel kan volgen. Een fundamentele discussie in de beroepsgroep van psychiaters en groepsleiders over de betekenis en gevolgen van verzet, is dringend gewenst. De administratieve 'rompslomp' (die term valt veelvuldig) van registreren en melden stuit bij de hulpverleners op verzet. Doordat hulpverleners ervoor terugdeinzen om bij dwangtoepassing op vrijwillig opgenomen jeugdigen een Bopz-titel aan te vragen, wordt er bij voorkeur gewerkt met een M & M – akkoord (een M & M waarvoor toestemming is gegeven) ook wanneer er (op zijn minst) sprake is van drang. In die situatie is er geen rechtsbescherming op grond van de Wet Bopz en geen externe toetsing mogelijk. Dit heeft tot ook gevolg dat er geen inzicht is in de het voorkomen van dwang op een bepaalde afdeling of in een bepaalde instelling. Dit alles is problematisch, omdat er bij dwangtoepassing sprake is van een beperking van in de Grondwet verankerde grondrechten. Daar mag niet te licht over worden gedacht; jeugdigen met een psychiatrische stoornis zijn uiterst kwetsbaar én afhankelijk van anderen.

In de beroepsgroep van kinder- en jeugdpsychiaters leeft de wens om tot een voor kinderen en jongeren geschikt gemaakte nieuwe regeling te komen en men wil daar graag bij worden betrokken. Van Wijmen constateerde in 1997 dat consistentie tussen de verschillende regelingen geen overbodige luxe zou zijn en pleitte voor één wettelijke regeling voor alle soorten hulpverleningsrelaties, met specificatie voor bijzondere categorieën en omstandigheden.¹⁰⁹ De problematiek wordt door Van Wijmen als volgt samengevat. Er zijn diverse regelingen die op een hulpverleningsrelatie betrekking

¹⁰⁹ F.C.B. van Wijmen, Over consistentie van wetgeving : Stroomlijning is gewenst van wettelijke regelingen betreffende hulpverleningsrelaties, Nederlands Juristenblad 72 (1997), afl.18, p. 805-807.

hebben. De regimes van de Wet Bopz en de WGBO (en OTS, cg) zijn op onderdelen niet congruent. Soms zijn de WGBO en de Wet Bopz voor verschillende aandoeningen naast elkaar van toepassing.

Drie mogelijke oplossingen worden genoemd:

- Alles bij het oude laten. Een voordeel is dat de betrokkenen niet met de zoveelste nieuwe regeling worden geconfronteerd. Bovendien is het tot stand brengen van een nieuwe gezondheidswet een proces van zéér lange adem.
- Een WGBO-plus-regeling zou aan deze bezwaren gedeeltelijk tegemoet komen. De WGBO is dan de basisregeling; via schakelbepalingen kan dan naar specifieke wetgeving worden verwezen.
- De meest radicale oplossing is het ontwerpen van een nieuwe wettelijke regeling voor alle hulpverleningsrelaties, met specificaties voor bijzondere categorieën (jeugdigen) en omstandigheden (onvrijwillige opneming).

In een dergelijke wet kan de toegang tot de hulpverleningsrelatie op twee manieren geregeld zijn. De eerste is de publiekrechtelijke weg voor de situatie van een onvrijwillige opneming met de benodigde grondwettelijk en internationaalrechtelijk vereiste waarborgen. De tweede weg is privaatrechtelijk, zoals momenteel in de WGBO het geval is.

Bij dit alles zou overwogen zou kunnen worden of het voor de kinder- en jeugdpsychiatrie gewenst is het toepassingsgebied van de interne rechtspositieregeling (dwang binnen de instelling) te ontkoppelen van de regeling van de externe rechtspositie. Dan zou Bopz-dwang met de bijbehorende Bopz-rechtsbescherming ook bij vrijwillig opgenomen patiënten gelegitimeerd kunnen zijn. Er is immers gebleken dat het aanvragen van een Bopz-titel in geval van dwangtoepassing op vrijwillig opgenomen patiënten in de kinder- en jeugdpsychiatrie op weerstand stuit, met alle gevolgen voor de rechtspositie. Daarnaast is het goed mogelijk dat een jeugdige wel bezwaar heeft tegen de (dwang)behandeling in de kliniek, maar niet tegen het verblijf als zodanig. Volgens de wet is dan niet aan de vereisten van een onvrijwillige opneming voldaan.

Maar er is ook een andere manier van redeneren. De artikelen 38 en 39 (interne rechtspositie) zijn alleen van toepassing op onvrijwillig opgenomen patiënten. Een onvrijwillige opneming kan worden gezien als iets dat minder ingrijpend is dan dwangbehandeling: de vereisten voor onvrijwillige opneming zijn minder zwaar dan die voor dwangbehandeling. In die lijn van redeneren geldt het adagium: als het mindere niet mag, dan is het meerdere ook niet toegestaan. Een Bopz-titel ter legitimering van dwangbehandeling kan in die visie alleen worden afgegeven indien zowel aan de voorwaarden voor een onvrijwillige opneming is voldaan als aan de aangescherpte voorwaarden voor dwangbehandeling; dit betekent een dubbele toetsing.¹¹⁰

Wellicht moet zelfs het instellingsgebonden toepassingsgebied van de Wet Bopz (artikel 1 lid 1 sub h)¹¹¹ worden verlaten. Dwang komt immers ook voor in de sector jeugdhulpverlening¹¹² en in de ambulance.

De afstand tussen de wettelijke normering en de feitelijke praktijk is erg groot, rechtssociologisch gezien een interessant verschijnsel, maar het ondergraaft wel de maatschappelijke aanvaarding en dus de werking van de wet. Welke oplossing ook gekozen wordt, het is belangrijk dat degenen op wie de wet van toepassing is de wet kennen en ac-

¹¹⁰ Zie hierover uitgebreid de noot van T.P. Widdershoven bij Rb. Zutphen 19 december 1997, BJ 1998, 19.

¹¹¹ Aanmerking als verpleeginrichting bedoeld in de Wet Bopz: Stcrt. 26 juni 2000, nr. 120, p. 10, Stcrt. 4 oktober 2000, nr. 192, p. 14.

¹¹² Van der Lugt 2000, p. 41-46.

cepteren, anders werkt de regeling niet. Weerstand tegen al dan niet gewenste juridisering zal nooit helemaal weggenomen kunnen worden en tegelijkertijd moeten vrijheidsbeneming en dwangtoepassing - hoe dan ook - adequaat wettelijk geregeld zijn. Daartoe verplichten de Grondwet en het EVRM.

Externe rechtspositie

1. Aangezien de overheid bij minderjarigen een bijzondere plicht heeft tot bescherming en zorg, verdient het aanbeveling te bezien of dwang vanuit deze motieven ook onder de rechtsbescherming van de Bopz kan worden gebracht, bijvoorbeeld door voor minderjarigen een aangepaste interpretatie van het gevaarscriterium te kiezen.
Toelichting: In de praktijk spelen bestwilargumenten nogal eens een rol bij de interpretatie van het gevaarscriterium; de vraag is of en in hoeverre dit wenselijk is. De overheid heeft op grond artikel 3 lid 1 juncto lid 2 van het Verdrag inzake de rechten van het kind de verplichting minderjarigen te beschermen en van zorg te verzekeren. Hulpverleners hechten veel waarde aan de zorgplicht. Hierbij dient te worden aangegetekend dat deze discussie alleen met betrekking tot minderjarigen gevoerd dient te worden; de situatie van meerderjarigen is wezenlijk anders.¹¹³
2. De capaciteitproblemen (bedden en personeel) in de intramurale jeugd-GGz dienen voortvarend aangepakt te worden.
Toelichting: Uit het onderzoek is gebleken dat de te geringe capaciteit in de kinderen jeugdpsychiatrie problematisch is. De overheid heeft op grond van artikel 3 lid 2 het Verdrag inzake de rechten van het kind de verplichting om, rekening houdend met de rechten en plichten van ouders, wettige voogden of anderen, minderjarigen van zorg te verzekeren. Dit geldt ook voor minderjarigen die vervolgbehandeling in een gesloten setting nodig hebben en voor minderjarigen met meervoudige problematiek of zeer ernstige gedragsstoornissen.

Interne rechtspositie + OTS

3. De samenloop van de regelingen ten aanzien van informed consent (waaronder het geven van vervangende toestemming) in de WGBO, de regeling van OTS in het Burgerlijk Wetboek en de Wet Bopz moet grondig worden bestudeerd en doordacht.
Toelichting: De samenloop van deze drie regelingen is voor de kinder- en jeugdpsychiatrie dermate gecompliceerd, dat het onwerkbaar is. De leeftijdsgrenzen die in de Wet Bopz en de WGBO voor het geven van toestemming worden gehanteerd lopen ver uiteen. Ook is het in de praktijk lastig om onderscheid te maken tussen het Bopz-behandelplan en het WGBO-behandelplan.
4. Alle betrokkenen (psychiaters, verpleegkundigen, groepsleiders, cliënten en wetgever) zouden aandacht kunnen schenken aan de vraag of het gewenst is om het begrip verzet wettelijk te operationaliseren of in een beroepscode vast te leggen en zo ja, welke criteria daarbij relevant zijn.
Toelichting: Verzet blijkt in de kinder- en jeugdpsychiatrie verzet niet altijd te worden erkend. Volgens de heersende leer in het gezondheidsrecht moet elk verzet, hoe gering ook, worden erkend en dient bij twijfel verzet worden aangenomen. De kwalificatie van verzet is cruciaal, omdat bij aanneming van verzet sprake is van dwang (M & M of dwangbehandeling) met de daaraan gekoppelde wettelijke waarborgen en mogelijkheden voor externe toetsing.

¹¹³ Jongeren van 18-21 jaar kunnen ook in een KJP-instelling worden opgenomen.

5. Uit artikel 37 lid 1 Wet Bopz juncto 448 lid 1 BW vloeit voort dat er in iedere instelling speciaal voorlichtingsmateriaal over patiëntenrechten (waaronder het klachtrecht) voor minderjarigen voorhanden moet zijn. Deze folders dienen apart voor kinderen en voor jeugdigen in voor hen begrijpelijke taal (zowel in het Nederlands als in voorkomende vreemde talen) te worden geschreven en in te gaan op de specifieke regelingen voor de verschillende leeftijdscategorieën.
Toelichting: De meeste folders die met de enquête zijn meegestuurd zijn niet voor kinderen en jongeren geschikt.
6. In protocollen zou meer aandacht kunnen worden besteed aan de praktische operationalisering van de open normen (waaronder de beoordeling dat er geen sprake meer is van gevaar of van een tijdelijke noodsituatie) en de toepassing van de regeling omtrent vrijheidsbeperkingen ex artikel 40.
Toelichting: In veel protocollen wordt een parafrazering van de wet gegeven en geen praktische uitwerking van de invulling van open normen, bijvoorbeeld aan de hand van voorbeelden. GGZ Nederland heeft goede voorbeeldprotocollen uitgegeven.
7. Het registreren en melden van dwangtoepassingen (separatie, afzondering, fixatie, medicatie, toediening van vocht en voeding) bij kinderen tot 12 jaar dient een wettelijke basis te krijgen.
Toelichting: Momenteel is nauwelijks inzicht in het voorkomen van deze vormen van dwang bij jonge kinderen. De meldingsplicht is nu alleen voor jeugdigen met een Bopz-titel geregeld. Er zijn nauwelijks kinderen jonger dan 12 jaar die een Bopz-titel hebben.
8. Er dient te worden overwogen of er (in de Wet Bopz) een wettelijke regeling voor het in de kinder- en jeugdpsychiatrie toepassen van pedagogische maatregelen met een strafkarakter moet komen.
Toelichting: Sinds de vorige evaluatie van de Wet Bopz is er wat betreft de samenloop van Bopz-dwang en pedagogische maatregelen weinig veranderd. Ook de Richtlijn verschaft niet op alle punten duidelijkheid. Een pedagogische maatregel in de vorm van een negatieve sanctie wordt in het algemeen niet uitgevoerd na een informed consent. Het geven van negatieve sancties met een strafkarakter stoelt in de kinder- en jeugdpsychiatrie niet op enige wettelijke grond.
9. Er moet worden nagedacht over de vraag hoe het klachtrecht voor kinderen en jongeren laagdrempeliger kan worden.
Toelichting: Uit het onderzoek is gebleken dat minderjarigen zelden van het klachtrecht gebruik maken.

OTS

Geeske Ruitenberg doet in haar studie 'De Wet Bopz en de ondertoezichtgestelde minderjarige' vier aanbevelingen die verband houden met de samenloop van de Wet Bopz en OTS. In deze wetsevaluatie komt OTS slechts zijdelings aan de orde.

- A. Aan artikel 1:261 lid 1 BW wordt na de tweede volzin een derde zin toegevoegd die luidt: *'De machtiging kan niet strekken tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 1 lid 1 onder h Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.'*

- B. Artikel 8 lid 5 Wet Bopz wordt als volgt gewijzigd: ‘De rechter kan zich doen voorlichten door een of meer van de in artikel 4 bedoelde bloedverwanten die het verzoek niet hebben ingediend *en de gezinsvoogdij-instelling.*’
- C. Artikel 47 lid 2 laatste volzin Wet Bopz wordt als volgt gewijzigd: ‘De geneesheer-directeur stelt tevoren de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger, *de gezinsvoogdij-instelling* alsmede de naaste (familie)betrekkingen van de patiënt op de hoogte van het voorgenomen voorwaardelijk ontslag.’
- D. Artikel 48 lid 3 laatste volzin Wet Bopz wordt als volgt gewijzigd: ‘De geneesheer-directeur stelt tevoren de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger, *de gezinsvoogdij-instelling* alsmede de naaste (familie)betrekkingen van de patiënt op de hoogte van het voorgenomen ontslag.’

Literatuur

J.A.C. Bartels (et al.) 1997

Jeugdpsychiatrie en recht, Assen : Van Gorcum, 1997

Ada Blok 2001

Nieuwe psychiatrische dwanginterventie : Wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging, Rechtshulp 2001, nr. 1, p. 2-6.

Bopz-special

FJR 17(1995), nr. 2.

Marjan Borsjes 2000

Omgaan met isoleercellen : Over leven in de cel, Deviant 2000, nr. 24, p. 32-35.

College voor Ziekenhuisvoorzieningen 1999

Bouwkundig-functionele maatstaven ten behoeve van nieuwbouwplannen voor separatevoorzieningen in de GGZ, Utrecht, 1999.

Sander van Doorn 1995

Gronden voor separatie : Middelen en maatregelen, Tijdschrift voor verpleegkundigen 1995, nr. 13 /14, p. 412-416

J.C.J. Dute(et al.) 2000

Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, Den Haag: Zorg-Onderzoek Nederland, 2000, p. 183-224,

Evaluatiecommissie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Wet Bopz Evaluatierapport : Tussen invoering en praktijk, Rijswijk, 1996, publicatierreeks nummer 2.

P.P.J.N. van Ginneken 1999

De motivering van Bopz-beschikkingen, Trema 1999, nr. 6, p. 212-213

R.B.M. Keurentjes 2000

Van voorwaardelijk ontslag naar voorwaardelijke machtiging, de ontwikkeling van het ontslagrecht in de Wet Bopz, TvGr 24 (2000), nr. 4, p. 208-220

Hanneke van de Klippe 1997

Dwangtoepassing na onvrijwillige psychiatrische opname : Een juridische beschouwing, Nijmegen : Ars Aequi Libri, 1997, dissertatie.

Carolien Konijn (et al.) 1999

Wachlijsten bij de RIAGG III : Gezondheidsschade, maatschappelijke schade en beleving bij cliënten van de jeugdzorg, Utrecht : Trimbos-instituut, 1999.

Guus Kuijer

Hoe Mieke Mom haar maffe moeder vindt, Amsterdam: Querido, 1991.

P.J.H. Laurs (red.)

Handboek opnemings en verblijf, Gouda: Quint, losbladig.

B. Lendemeijer 1997

Het gebruik van separatie in de psychiatrie : Een literatuurstudie, *Verpleegkunde 2* (1997), nr. 1, p. 15-26

J. Legemaate 1995

De WGBO : *Van tekst naar toepassing*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.

J. Legemaate 1994

Goed recht, Utrecht, 1994.

Axel Liégeois 2000

Juridisering in de zorg, *Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek* 10 (2000), nr. 3, p.89.

H. van der Lugt 2000

Dwang bij jongeren : Een kwalitatief onderzoek naar het toepassen van dwang in de kinder- en jeugdpsychiatrie en de jeugdhulpverlening, Rotterdam : Erasmusuniversiteit, 2000, doctoraalscriptie.

Marianne van Ooyen (et al.) 1999

De Wet Bopz en pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie : Richtlijn, Utrecht: Trimbos-instituut, 1999.

Leo Regeer 1998

Het vernieuwde modulaire aanbod voor werkplekopleidingen in veiligheid : Controle & fysieke beheersing (CFB) volgens methode Regeer, Amsterdam, 1998.

R.P. de Roode

Jurisprudentie-overzicht Bopz, *TvGr* 21 (1997), nr.6, p. 359-366;
TvGr 24 (2000), nr. 5, p. 299-304.

G.C.A.M. Ruitenbergh 2001

De onder toezicht gestelde minderjarige en de Wet Bopz, Amsterdam: VU, 2001, doctoraalscriptie VU.

A.P.M. van Strien 2000

Crisismanagement : Agressie. In: F.C. Verhulst 2000, p. 322-334.

F. Verheij et al (red.) 1993

Klinische Kinder- en Jeugdpsychiatrie : Praktijk en visie, Assen: Van Gorcum, 1993.

F.C. Verhulst (red.), F. Verheij 2000

Adolescentenpsychiatrie, Assen: Van Gorcum, 2000.

Wilma de Vries (et al.) 1996

Wet Bopz : interne rechtspositie psychiatrie : Evaluatie interne rechtspositieregeling psychiatrische ziekenhuizen, Rijswijk, 1996, Evaluatie Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, nr. 6, p. 147-166.

Werkgroep wilsonbekwaamheid 1994

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

F.C. B. van Wijmen 1997

Over consistentie van wetgeving : Stroomlijning is gewenst van wettelijke regelingen betreffende hulpverleningsrelaties, *Nederlands Juristenblad* 72 (1997), afl. 18, p. 805-807.

Mathilde Wolters 2001

Is recht, echt recht? : Een kwalitatief onderzoek naar klachtmogelijkheden van minderjarige cliënten in de kinder- en jeugdpsychiatrie, Rotterdam : Erasmusuniversiteit, 2001, doctoraalscriptie

Ypsilon

Bescherming voor psychotische mensen : Problemen en aanbevelingen rond de Wet Bopz, Rotterdam: Ypsilon.

Afkortingen

ADHD	Attention-deficit/hyperactivity disorder
BJ	Bopz-jurisprudentie
Bopzis	Bopz Informatie Systeem
BW	Burgerlijk Wetboek
CFB	Controle Fysieke Beheersing
CvZ	College voor Ziekenhuisvoorzieningen
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden
FJR	Tijdschrift voor Familie- en Jeugdrecht
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GVI	Gezinsvoogdij-instelling
HR	Hoge Raad
IBS	Inbewaringstelling
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
jo.	Juncto
JOL	Jurisprudentie On Line
KBJ	Kwartaalblad Bopz-jurisprudentie
KJP	Kinder- en Jeugdpsychiatrie
MvA	Memorie van Antwoord
NJ	Nederlandse Jurisprudentie
OTS	Ondertoezichtstelling
PDD-NOS	Pervasive Development Disorder Not Otherwise Specified
PiGGz	Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg
PIJ	Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen
Pvp	Patiëntenvertrouwenspersoon
Rb	Rechtbank
RIAGG	Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg
RM	Rechterlijke Machtiging
RvdW	Rechtspraak van de Week
Sr	Wetboek van Strafrecht
Stb.	Staatsblad
Stcrt.	Staatscourant
TK	Tweede Kamer
TvGr	Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
UHP	Uithuisplaatsing
VRK	Verdrag inzake de rechten van het kind
Wet Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector

Bijlage 1

Kwantitatieve gegevens uit Bopzis-2, het registratiesysteem van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Rapport Kinder- en Jeugdpsychiatrie 01/01/96 t/m 31/03/01 (Bron:Bopzis-2)

Rechterlijke machtigingen (Registratie in Bopzis-2 per 01-01-1998)

Aantal rechterlijke machtigingen	1998	1999	2000	2001	Totaal
Voorlopige machtiging	41	61	77	12	191
Machtiging voortgezet verblijf	11	16	26	6	59
Machtiging eigen verzoek		3	3		6
Afwijzing aangevraagde machtiging	3	5	11	1	20
Totaal	55	85	117	19	276

Gemiddelde duur machtiging voortgezet verblijf (maanden)

	1998	1999	2000	2001	Totaal
Duur	7,7	9,4	9,4	9	8,9

Geslacht toegewezen voorlopige machtiging

	1998	1999	2000	2001	Totaal
Man	23	37	50	7	117
Vrouw	17	23	26	5	71
Onbekend	1	1	1		3
Totaal	41	61	77	12	191

Geslacht toegewezen voortgezette machtiging

	1998	1999	2000	2001	Totaal
Man	4	8	12	2	26
Vrouw	7	8	14	4	33
Onbekend					
Totaal	11	16	26	6	59

Geslacht machtiging eigen verzoek

	1998	1999	2000	2001	Totaal
Man			1		1
Vrouw		3	2		5

Onbekend					
Totaal		3	3		6

Geslacht afgewezen machtiging	1998	1999	2000	2001	Totaal
Man	1	4	7	1	13
Vrouw	2	1	3		6
Onbekend			1		1
Totaal	3	5	11	1	20

Leeftijd toegewezen voorlopige machtigingen	1998	1999	2000	2001	Totaal
12	2	1	4		7
13		7	8	1	16
14	4	5	5	1	15
15	7	15	14	1	37
16	11	12	13	4	40
17	17	21	33	5	76
Totaal	41	61	77	12	191

Leeftijd toegewezen voortgezette machtigingen	1998	1999	2000	2001	Totaal
12			1		1
13			1	1	2
14	1		3	1	5
15	1	3	4		8
16	6	4	9	3	22
17	3	9	8	1	21
Totaal	11	16	26	6	59

Leeftijd machtigingen eigen verzoek	1998	1999	2000	2001	Totaal
12					
13					
14			1		1

	15				
	16	1			1
	17	2	2		4
Totaal		3	3		6

Leeftijd afgewezen machtigingen	1998	1999	2000	2001	Totaal
12					
13		1	1	1	3
14	1		3		4
15			3		3
16		2	2		4
17	2	2	2		6
Totaal	3	5	11	1	20

Inbewaringstellingen

Aantal Inbewaringstellingen	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Totaal
Toewijzingen	172	175	204	222	165	47	985
Afwijzingen				2	47	9	58
Totaal	172	175	204	224	212	56	1043

Geslacht toegewezen Inbewaringstellingen	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Totaal
Man	99	101	114	136	96	20	566
Vrouw	73	74	90	86	69	25	417
Onbekend						2	2
Totaal	172	175	204	222	165	47	985

Geslacht afgewezen Inbewaringstellingen	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Totaal
Man				2	31	7	40
Vrouw					16	2	18
Onbekend							

Totaal				2	47	9	58
Leeftijd toegewezen Inbewaringstellingen	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Totaal
11	1		1				2
12	4	5	6	1	11	3	30
13	9	8	18	27	9	3	74
14	22	23	16	24	19	8	112
15	28	32	33	36	30	7	166
16	53	40	59	58	54	14	278
17	55	67	71	76	42	12	323
Totaal	172	175	204	222	165	47	985
Leeftijd afgewezen Inbewaringstellingen	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Totaal
12							
13					2	1	3
14				1			1
15					9	3	12
16					7	2	9
17				1	29	3	33
Totaal				2	47	9	58
Dwangbehandelingen	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Totaal
Aantal dwangbehandelingen	34	46	66	86	122	27	381
Juridische status:							
RM			1	9	85	9	104
IBS			1	12	26	17	56
IBS-procedure gestart					1		1
Bopz-indicatie					2		2
PIJ							
TBS				1			1

Anders onvrijwillig				1	6	1	8
Totaal			2	23	120	27	172

Toepassingen:

Separatie	25	37	50	74	99	20	305
Fixatie	7	2	2	2	7	2	22
Afzondering	4	6	13	9	37	4	73
Medicatie	1	8	12	14	15	6	56
Gedwongen vocht en voeding	3	3	3	2	3	1	15
Totaal	40	56	80	101	161	33	471

Geslacht:

Man	17	30	33	36	31	4	151
Vrouw	17	16	33	50	91	23	230
Totaal	34	46	66	86	122	27	381

Leeftijd:

<12	2	2	5	1	1		11
12	1	1	1		5	8	16
13	1	3	4	2	2	2	14
14	3	4	4	12	18	1	42
15	3	7	9	21	55		95
16	7	12	18	14	16	10	77
17	17	17	25	36	25	6	126
Totaal	34	46	66	86	122	27	381

Gevaar:

Persoon			1	17	86	21	125
Anderen				6	68	9	83
Materieel				1	46	6	53
Totaal			1	24	200	36	261

Mogelijk tot klagen	32	44	59	81	63	12	291
Meegezonden behandelplan	12	19	19	27	23	6	106

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Totaal
Duur:							
0	10	15	25	24	66	11	151
1	3	5	11	17	15	3	54
2	2	2	2	1	5	1	13
3		1	1	4	5	1	12
4	2	3		3	6		14
5	3		2	2	3	1	11
6		1	1	3	1	2	8
7		1	1	1			3
<14		5	3	9	6	2	25
<21	1	2	3	5	5	1	17
<1Maand	3	4	2	5	1		15
<2Maand	4	1	6	5	3		19
<1/2Jaar		4	5	4	2		15
<1Jaar	2	2	3	2	1		10
>1Jaar	4		1				5
Lopend				1	3	5	9
Totaal	34	46	66	86	122	27	381

Middelen of Maatregelen	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Totaal
Aantal Middelen of Maatregelen	133	136	109	115	188	52	733
Juridische status:							
IBS			2	10	78	19	109
RM				1	95	29	125
IBS-procedure gestart					1		1

Bopz-indicatie						1	1
PIJ					5		5
TBS							
Anders onvrijwillig					4	3	7
Totaal			2	11	183	52	248

Toepassingen:

Separatie	126	122	94	106	168	44	660
Fixatie	5	3	7	1	14	1	31
Afzondering	5	10	19	10	40	20	104
Medicatie				1	4	2	7
Gedwongen vocht en voeding							
Totaal	136	135	120	118	226	67	802

Geslacht:

Man	62	91	69	60	85	14	381
Vrouw	71	45	40	55	102	37	350
Onbekend					1	1	2
Totaal	133	136	109	115	188	52	733

Leeftijd:

<12		9	6	1	1		17
12	4	2	3		3		12
13	1	14	6	5	6	5	37
14	5	13	9	16	37	5	85
15	19	17	14	24	48	16	138
16	44	27	38	13	47	9	178
17	60	54	33	56	46	17	266
Totaal	133	136	109	115	188	52	733

Gevaar:

Persoon	2	5	98	38	143
Anderen		7	136	24	167
Materieel		2	83	20	105
Anderzins			9	5	14
Totaal	2	14	326	87	429

**Mogelijkheid tot klagen
Behandelplan aanwezig**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Totaal
Duur:							
0	54	66	42	44	80	22	308
1	43	32	31	36	52	13	207
2	7	11	7	9	8	3	45
3	4	6	3	3	4	3	23
4	2	2	5	3	11		23
5	2	2	4	2	3		13
6	8	7	6	3	9	6	39
7	1	2	1	7	10	2	23
>7	12	7	10	7	7	1	44
Onbekend (lopend)		1		1	4	2	8
Totaal	133	136	109	115	188	52	733

Evaluatie

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Deelonderzoek 7: Het algemene voorlichtingsplan

ES&E

Ingeborg Jansen
Esther van Fessem

Inhoud

1	Inleiding	5
2	Opzet van het onderzoek	7
2.1	Doelstelling	7
2.2	Vraagstelling	7
2.3	Methode	8
3	Voorlichtingsactiviteiten	9
3.1	Voorlichtingsplan Wet Bopz	9
3.2	Algemene voorlichtingsactiviteiten	10
3.3	Sectorspecifieke voorlichtingsactiviteiten	11
3.3.1	Psychiatrie	11
3.3.2	Psychogeriatric	13
3.3.3	Verstandelijk Gehandicaptenzorg	14
4	Kennis over en toepassing van de Wet Bopz	17
4.1	Algemene kennis en informatiebehoefte	18
4.1.1	Kennis van de Wet Bopz	18
4.1.2	Informatiebehoefte	19
4.2	Sectorspecifieke kennis en informatiebehoefte	20
4.2.1	Kennis van de Wet Bopz per sector	20
4.2.2	Informatiebehoefte per sector	21
5	Samenvatting en conclusies	23
5.1	Voorlichtingsactiviteiten	23
5.2	Kennis over en toepassing van de Wet Bopz	25
5.3	Aanbevelingen	26
Bijlagen		
1	Vragenlijst evaluatie voorlichtingsplan Wet Bopz	27
2	Vragenlijst evaluatie voorlichtingsplan Wet Bopz	29
3	Vragenlijst evaluatie voorlichtingsplan Wet Bopz	31
4	Lijst van instellingen	33

1

Inleiding

In januari 1994 werd de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) van kracht, ter vervanging van de oude Krankzinnigenwet. Bepaald is dat deze wet binnen drie jaar na inwerkingtreding, en vervolgens om de vijf jaar dient te worden geëvalueerd. Ten behoeve hiervan is een evaluatiecommissie ingesteld, die met betrekking tot de eerste evaluatieperiode in november 1996 het rapport 'Wet Bopz evaluatierapport, tussen invoering en praktijk' heeft uitgebracht. In dit rapport worden aanbevelingen gedaan, waarvan een aantal de uitvoering van de wet betreffen en die gericht zijn op de organisaties en personen die bij deze uitvoering zijn betrokken.

In november 1997 is het kabinetsstandpunt over deze evaluatie van de Wet Bopz verschenen. Over de gehele linie is het kabinet Kok tevreden over het functioneren van de Wet Bopz, met name over de centrale doelstelling ervan: de versterking van de rechtspositie van de patiënt. Zowel waar het gaat om het respecteren van het zelfbeschikkingsrecht van psychiatrische patiënten als om het bieden van een adequate rechtsbescherming van gedwongen opgenomen patiënten heeft de Wet Bopz volgens het kabinet haar waarde inmiddels bewezen. Echter, de evaluatiecommissie constateert dat er op verschillende onderdelen van de wet behoefte bestaat aan aanvullende voorlichting. Zo zijn er interpretatie- en implementatieproblemen met betrekking tot de inhoud van de wet. Beroepsbeoefenaars zijn in het algemeen wel op de hoogte van de Wet Bopz, maar de kennis van begrippen uit de wet kan worden verbeterd. Hierop heeft het kabinet besloten om een algemeen voorlichtingsplan op te stellen, waarbij de volgende punten specifieke aandacht behoeven:

- Duidelijkheid omtrent het feit dat de Wet Bopz een opnamewet is en geen behandelingswet of wet voor de handhaving van de openbare orde.
- Uitleg waarom mensen in sommige gevallen geen hulp kunnen krijgen, wat nooit mag leiden tot verschuiling van een instelling achter het gevaarscriterium om zodoende geen hulp te bieden.
- Het erbij betrekken van justitie voor voorlichting aan de verschillende doelgroepen.
- Aandacht besteden aan de verantwoordelijkheid van mensen en organisaties, aangezien het voornamelijk gaat om de praktische toepassing van de wet.
- Het toelichten van de begrippen 'gevaar' en 'ernstig gevaar' en de interpretatie ervan.

Het besluit heeft in november 1998 geleid tot de verschijning van het 'Voorlichtingsplan Wet Bopz; een plan voor aanvullende voorlichting over de Wet Bopz naar aanleiding van het Kabinetsstandpunt Evaluatie van de Wet Bopz', opgesteld en uitgebracht door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Ten behoeve van de tweede evaluatieperiode van de Wet Bopz, volgt in onderliggend rapport een beschrijving van de resultaten van de evaluatie van dit voorlichtingsplan.

2

Opzet van het onderzoek

In dit hoofdstuk volgt een uiteenzetting van de opzet van de evaluatie van het voorlichtingsplan. Ten eerste wordt het doel van het evaluatieonderzoek verduidelijkt. Vervolgens worden de onderzoeksvragen uiteengezet, waarna het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de gehanteerde onderzoeksmethode.

2.1 Doelstelling

Het voorlichtingsplan van de Wet Bopz heeft de volgende algemene doelstelling:

'...uit de evaluatie na vijf jaar moet blijken dat alle relevante doelgroepen meer kennis hebben van de begrippen in de Wet Bopz en de toepassing van de wet. Met name op die onderdelen waaraan tijdens de eerste evaluatie nog (aanvullend) behoefte bestond.'

De evaluatie van het voorlichtingsplan moet dus uitwijzen of management, hulpverleners, patiënten, cliënten, familie en indicatiecommissies beter op de hoogte zijn van inhoud, reikwijdte en toepassing van de Wet Bopz dan ten tijde van de eerste evaluatie. Aangezien het eerste evaluatierapport geen gegevens bevat over de toenmalige stand van zaken met betrekking tot de kennis over de inhoud van de begrippen van de wet en de mate waarin de wet correct wordt toegepast (nulmeting), is het niet mogelijk een trendanalyse uit te voeren. Een eventuele verbetering van de kennis over de Wet Bopz valt dan ook niet vast te stellen.

De doelstelling van de evaluatie is dan ook als volgt geherformuleerd: uit de evaluatie moet blijken wat de stand van zaken is omtrent de voorlichtingsactiviteiten, zoals benoemd in het voorlichtingsplan, en welke sectoren behoefte hebben aan aanvullende voorlichting op onderwerpen van de Wet Bopz en welke onderwerpen dit zijn. De resultaten van deze evaluatie zullen richtinggevend zijn voor een volgend voorlichtingsplan.

2.2 Vraagstelling

Bovenstaande doelstelling heeft geleid tot de volgende twee kwalitatieve onderzoeksvragen:

1. Welke voorlichtingsactiviteiten en/of -producten hebben plaatsgevonden en/of zijn uitgevoerd sinds het voorlichtingsplan is verschenen (november 1998) en welke organisaties hebben deze uitgevoerd?
2. Op welke onderdelen van de Wet Bopz is behoefte aan aanvullende voorlichting (op hoofdlijnen per sector)?

2.3 Methode

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen is ten eerste een beknopte inventarisatie uitgevoerd met betrekking tot de door de verschillende partijen ondernomen activiteiten. Ten tweede is onder verschillende beroepsgroepen uit de drie sectoren de behoefte aan aanvullende informatie omtrent de Wet Bopz gepeild.

Inventarisatie van voorlichtingsactiviteiten

Alle instellingen en partijen die volgens het voorlichtingsplan activiteiten hadden moeten ondernemen, zijn telefonisch benaderd om na te gaan of zij dit inderdaad hebben gedaan. De hierbij gebruikte vragenlijst staat in bijlage 1. Het gaat in totaal om achttien activiteiten met verschillende verantwoordelijke instellingen en organisaties. Nagegaan is welke activiteiten al dan niet volgens planning hebben plaatsgevonden. Van de activiteiten die niet hebben plaatsgevonden is nagegaan waarom dit niet is gebeurd. Op indicatie is geïnventariseerd of er activiteiten, anders dan in het voorlichtingsplan aangegeven, zijn uitgevoerd en welke dit waren.

Behoeftepeiling

Per sector is onder de verschillende instellingen die door het ministerie van VWS zijn aangemerkt als instelling bedoeld in artikel 1 Wet Bopz, een kleine steekproef gehouden, die een evenredige afspiegeling vormt van het aantal instellingen binnen die sector. Instellingen zijn gespreid over het gehele land benaderd. Telefonisch is een vragenlijst afgenomen bij respondenten die zich binnen de instelling met de uitvoering van de Wet Bopz bezighouden (zie bijlagen 2 en 3). Geïnventariseerd is in hoeverre de respondent op de hoogte is van de Wet Bopz en op welke onderdelen van de wet behoefte is aan aanvullende voorlichting. Bij de enquêtering is rekening gehouden met de verschillende beroepsbeoefenaren zoals managers, hulpverleners, leden van cliëntenraden en indicatiecommissies.

Verantwoording

De evaluatie heeft een kwalitatief karakter. Met betrekking tot de inventarisatie van voorlichtingsactiviteiten is een onderzoeksmethode gehanteerd die een overzicht geeft van de huidige stand van zaken. Vanwege het feit dat in overige deelonderzoeken die in het kader van de tweede evaluatieperiode Wet Bopz plaatsvinden, tevens aandacht wordt besteed aan de informatiebehoefte onder betrokkenen, is voor de behoeftepeiling gekozen voor een beknopte inventarisatie van behoeften onder betrokkenen van diverse instellingen die met de Wet Bopz te maken hebben. De resultaten geven een indicatie van de soorten additionele informatie waaraan behoefte bestaat binnen de drie sectoren.

3

Voorlichtingsactiviteiten

In dit hoofdstuk wordt allereerst de inhoud van het 'Voorlichtingsplan Wet Bopz' uiteengezet. Vervolgens volgt een beschrijving van de inventarisatie van de algemene (sectoroverstijgende) voorlichtingsactiviteiten die al dan niet hebben plaatsgevonden. De laatste paragraaf bevat de resultaten van de stand van zaken van de activiteiten per sector, te weten de psychiatrie, de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg.

3.1 Voorlichtingsplan Wet Bopz

Met het voorlichtingsplan van de Wet Bopz heeft het ministerie van VWS beoogt een implementatietraject te ontwikkelen ter bevordering van de kennis over en toepasbaarheid van de Wet Bopz. Het plan is samengesteld door de directie Voorlichting en Communicatie (VC) in samenwerking met de directies Geestelijke Gezondheidszorg, Verslaving en Maatschappelijke Opvang (GVM), Verpleging, Verzorging en Ouderenbeleid (VVO) en Gehandicaptenbeleid (GB). Het voorlichtingsplan bestaat uit drie gedeelten:

Algemeen

Het algemene gedeelte beschrijft de aanbevelingen die het kabinet heeft gedaan naar aanleiding van het eerste evaluatierapport. Per sector waarop de Wet Bopz van toepassing is, is aangegeven welke onderdelen van de wet aanvullende voorlichting behoeven. Tevens worden de algemene aanbevelingen beschreven. Alle aanbevelingen zijn afgestemd met intermediaire organisaties uit het veld. Een inventarisatie van bestaand voorlichtingsmateriaal volgt en mogelijke oorzaken voor de noodzaak tot aanvulling hierop. Tot slot is de strategie ten aanzien van aanvullende voorlichting uiteengezet, inclusief een tijdsplanning en de te bereiken resultaten.

Sectoroverstijgende voorlichting

De algemene voorlichtingsactiviteiten behelzen onderwerpen die voor alle sectoren van belang zijn. Deze activiteiten zijn in dit hoofdstuk uiteengezet, waarbij aandacht is besteed aan de inhoudelijke, praktische en financiële aspecten ervan.

Sectorspecifieke voorlichting

Dit hoofdstuk beschrijft de voorlichtingsactiviteiten die specifiek zijn voor de sector psychiatrie, psychogeriatric of verstandelijk gehandicaptenzorg. Per sector wordt een overzicht gegeven van de verschillende beroepsbeoefenaren die bij de uitvoering van de Wet Bopz zijn betrokken, de soort instelling of organisatie waarbinnen ze werkzaam zijn en hun vertegenwoordigers, de koepelorganisaties. Tevens wordt de informatiebehoefte van de verschillende voorlichtingsdoelgroepen en de te gebruiken voorlichtingsmiddelen uiteengezet. Tot slot is van elk middel of elke activiteit de inhoudelijke, praktische en financiële kant beschreven.

3.2 Algemene voorlichtingsactiviteiten

In het onderstaande overzicht staan de sectoroverstijgende voorlichtingsactiviteiten en de betreffende organisator of coördinator. Het betreft hier de (secretaris van de) werkgroep Bopz. Deze werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de directie GVM, de directie VVO, de directie GB en directie VC van het ministerie van VWS. De eerstgenoemde directie heeft hierbij de coördinatie. De laatstgenoemde activiteit in het schema (Internet VWS) is aan de lijst van algemene voorlichtingsactiviteiten toegevoegd. Het betreft een activiteit die door alle drie de sectoren specifiek moest worden uitgevoerd, maar in de praktijk blijkt deze sectoroverstijgend te zijn. De informatie met betrekking tot de Wet Bopz op de website van het ministerie van VWS wordt in zijn algemeenheid aangeboden. Er kan per directie informatie worden aangevraagd, echter het resultaat betreft alle informatie die omtrent de Wet Bopz aanwezig is.

Voorlichtingsactiviteit	Organisator
+ Algemene bijeenkomst	Wergroep
- Voorlichtingsbrochure gevolgen kabinetsstandpunt	Secretaris werkgroep
- Voorlichtingsbrochure relatie Wet Bopz en WGBO	Secretaris werkgroep
+ Internet VWS	Wergroep

+ uitgevoerd

- niet uitgevoerd

Gerealiseerde activiteiten

Wat betreft de sectoroverstijgende voorlichtingsactiviteiten is er een algemene bijeenkomst gerealiseerd, evenals de aanbieding van informatie over de Wet Bopz op de website van het ministerie van VWS. De algemene bijeenkomst was gericht op instellingen uit de sector psychiatrie, psychogeriatric, verstandelijk gehandicaptenzorg en andere betrokken organisaties zoals gemeenten. Tijdens plenaire en sectorspecifieke sessies zijn diverse onderwerpen, zoals het kabinetsstandpunt, de rol van inspectie, dwangtoepassing in de Wet Bopz en jurisprudentie, aan bod gekomen. De bijeenkomst is door 300 tot 500 deskundigen uit het veld bezocht.

Voorlichting door middel van het aanbieden van informatie, is in samenwerking met de directie VC gerealiseerd op de website van het ministerie van VWS. Diverse bronnen, zoals kamerstukken, artikelen, nieuws en persberichten, bevatten informatie over de Wet Bopz. Ook kunnen folders met betrekking tot de wet worden gedownload, evenals de jaarrapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Tot slot beschikt de site nog over een digitale gids waar de Wet Bopz in voorkomt.

Additionele activiteiten

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft een herziene versie uitgegeven van de brochure 'Gevaar in de Wet Bopz; Het gevaarscriterium bij opname en ontslag'. Ten aanzien van de Wet Bopz en het gevaarscriterium had zich een aantal ontwikkelingen voorgedaan, waardoor een aanpassing van de brochure wenselijk werd. Deze herziening is in augustus 2000 gerealiseerd.

Niet gerealiseerde activiteiten

Beide brochures die op de planning staan zijn niet gerealiseerd. De voorlichtingsbrochure over de gevolgen van het kabinetsstandpunt is niet ontwikkeld, aangezien het standpunt vrij duidelijk was. Onder management, hulpverleners, begeleiders, patiëntenorganisaties en zorgteams bestonden geen specifieke vragen over dit onderwerp, waardoor een aparte brochure niet is opgesteld. Voor de opzet van de voorlichtingsbrochure over de relatie Wet

Bopz en Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) is een aanzet gedaan. Tijdens deze opstartfase bleek de ontwikkeling van een dergelijke brochure echter geen prioriteit te hebben, waardoor deze is gestaakt. Na afronding van de tweede evaluatieperiode zal worden bekeken of deze brochure verder wordt ontwikkeld.

3.3 Sectorspecifieke voorlichtingsactiviteiten

In deze paragraaf volgt een beschrijving van de activiteiten die binnen de verschillende sectoren al dan niet zijn uitgevoerd. In sommige gevallen lag de coördinatie niet bij de geplande organisator. Indien hiervan sprake is wordt dit aangegeven.

3.3.1 Psychiatrie

In onderstaand overzicht staan de geplande voorlichtingsactiviteiten, conform het voorlichtingsplan, voor de sector psychiatrie.

Voorlichtingsactiviteit	Organisator
+ Doelgroepgerichte voorlichtingsbijeenkomst	directie GVM, NVZ, GGZ Nederland
+ Artikelen in vak- en ledenbladen	directie GVM
+ Brochures gericht op cliënten en cliëntenraden	Stichting PVP, Pandora, LPR, Cliëntenbond
- Onderwijsmodule	werkgroep, GGZ Nederland

+ uitgevoerd

- niet uitgevoerd

Gerealiseerde activiteiten

Op de onderwijsmodule na, zijn alle geplande voorlichtingsactiviteiten uitgevoerd. Voor managers, psychiaters, psychologen, artsen en (sociaal)psychiatrisch verpleegkundigen uit de geestelijke gezondheidssector zijn in totaal vier bijeenkomsten gehouden. Deze waren gericht op verschillende categorieën beroepsbeoefenaren (waaronder ook gemeentebestuurders en hulpverleners uit de verslavingszorg). De belangstelling hiervoor was aanzienlijk, aangezien drie van de vier bijeenkomsten door gemiddeld 300 personen is bijgewoond. De onderwerpen die aan bod zijn gekomen tijdens deze bijeenkomsten waren zeer divers en betroffen onder andere diverse begrippen uit de wet, de jurisprudentie, het kabinetsstandpunt, de rol van inspectie, IBS- en opnameprocedures en de diverse opnametitels. De bijeenkomsten bestonden veelal uit plenaire als parallelle sessies.

Bij de organisatie van de eerste bijeenkomst waren de reacties dusdanig positief, dat besloten is om het jaarlijks terug te laten keren, zij het met een ander aan de Wet Bopz gerelateerd onderwerp. De directie GVM geeft hiermee aan de voorlichting omtrent de Wet Bopz serieus te nemen.

In diverse nieuwsbrieven, vak- en ledenbladen gericht op de geestelijke gezondheidszorg, zijn artikelen verschenen met de Wet Bopz als onderwerp. De publicatie hiervan is echter niet centraal gecoördineerd door de directie GVM, maar is op eigen initiatief van de verschillende instellingen en organisaties uitgevoerd. Hierna volgt een overzicht van een aantal van deze bladen en tijdschriften gericht op verschillende doelgroepen.

Doelgroep	Tijdschrift
Management	VWS Bulletin Nieuwsbrief Wetgeving Ledenbulletin GGZ Nederland
Psychiaters, psychologen, orthopedagogen, artsen	Medisch Contact Psy MGv De Psychiater
Verpleegkundigen, verzorgers, groepsleiders	Tijdschrift voor verpleegkundigen Verpleegkunde nieuws
Patiënten, familie	LPR themanummer LPR informatiebulletin PVP krant Ypsilon nieuws Bulletin Cliëntenbond GGZ Nederland

Overige publicaties over de Wet Bopz betreffen rapportages van onderzoeken (VGN en Trimbos Instituut) of persberichten (Trimbos Instituut en GGZ Nederland). De meeste publicaties zijn ook via de website van de betreffende instelling toegankelijk.

Tot slot zijn door de stichting PVP, in samenwerking met de LPR, Pandora en de Cliëntenbond een serie voorlichtingsbrochures ontwikkeld voor patiënten en hun familie. De brochures betreffen de volgende onderwerpen: de gedwongen opname, klachten over het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis, de rechten in het psychiatrisch ziekenhuis en ontslag en verlof uit het psychiatrisch ziekenhuis.

Additionele activiteiten

GGZ Nederland heeft voor haar leden verschillende producten ontwikkeld, waarin specifiek aandacht wordt besteed aan de Wet Bopz. Het betreft de volgende voorlichtingsmaterialen:

- algemene brochure met voorlichting over de Wet Bopz voor hulpverleners;
- algemene cursus 'Gezondheidsrecht';
- specifieke cursus 'Jeugd en Wetgeving' gericht op de kinder- en jeugdpsychiatrie;
- juridische adviespraktijk, een telefonische helpdesk;
- nieuwsbrief 'Wetgeving';
- kennisnet GGZ, een internetsite met informatie voor de lidinstellingen.

Niet gerealiseerde activiteiten

Een op de psychiatrie gerichte onderwijsmodule, waarin specifieke aandacht wordt besteed aan de diverse aspecten van de Wet Bopz, zou op de lange termijn moeten worden ontwikkeld. Omtrent deze activiteit bestaat onduidelijkheid over wie de trekkersrol krijgt toebedeeld. De ontwikkeling van de module is dan ook niet opgestart.

3.3.2 Psychogeriatric

In onderstaand overzicht staan de geplande voorlichtingsactiviteiten, conform het voorlichtingsplan, voor de sector psychogeriatric.

Voorlichtingsactiviteit	Organisator
+ Doelgroepgerichte voorlichtingsbijeenkomst	directie VVO
+ Artikelen in vak- en ledenbladen	directie VVO
+ Brochure over rechtspositie (1) voor en (2) tijdens opname	directie VVO
+ Brochure centrale begrippen	directie VVO
- Onderwijsmodule voor basisarts	werkgroep
- Opleidingsmodule voor verpleegkundigen/verzorgers	GGZ Nederland

+ uitgevoerd

- niet uitgevoerd

Gerealiseerde activiteiten

Alle voorlichtingsactiviteiten die op de korte tot middellange termijn gepland stonden, zijn ten uitvoer gebracht. Zo hebben er diverse bijeenkomsten plaatsgevonden, specifiek voor managers, psychologen, verpleeghuisartsen, verpleegkundigen en verzorgenden die in de psychogeriatric werkzaam zijn.

In diverse psychogeriatric vak- en ledenbladen zijn artikelen verschenen over de Wet Bopz. Dit is wederom niet op initiatief van de directie VVO gebeurt, maar op eigen initiatief. Hieronder volgt een weergave van de diverse bulletins waarin deze artikelen zijn verschenen.

Doelgroep	Tijdschrift
Management	VWS Bulletin Nieuwsbrief Arcares
Psychiaters, psychologen, orthopedagogen, artsen	Medisch Contact De Psychiater Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde
Verpleegkundigen, verzorgers, groepsleiders	Tijdschrift voor verpleegkundigen Verpleegkunde nieuws Denkbeeld
Patiënten, familie	Ledenblad LOC Nieuwsbrief Alzheimerstichting

Tot slot zijn de genoemde brochures gerealiseerd. De directie VVO heeft in samenwerking met de NVBV drie brochures ontwikkeld, waarin het onderwerp rechtspositie voor en tijdens opname aan bod komt, evenals een uitleg van enkele begrippen uit de Wet Bopz. De brochures zijn gericht op 1) cliënten/familie, 2) verpleegkundigen/verzorgenden, en 3) artsen. De afronding ervan wordt eind 2001 verwacht. De brochures zullen ook via de website van het ministerie van VWS toegankelijk worden gemaakt.

Additionele activiteiten

De Woonzorg Federatie (WZF), thans bekend onder de naam Arcares na gefuseerd te zijn met de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz), heeft bij uitbreiding van de Wet Bopz naar verzorgingshuizen een aantal voorlichtingsbijeenkomsten hierover georganiseerd. Tevens is door Arcares een brochure opgesteld over de Wet Bopz voor verzorgingshuizen, die naar alle verpleeg- en verzorgingshuizen is gestuurd en hebben zij een enquête

gehouden onder verzorgingshuizen om de stand van zaken van invoering van de wet in kaart te brengen, evenals knelpunten die daarbij worden ervaren. Tevens houdt Arcares zich op verschillende manieren bezig met de Wet Bopz en de klachtenprocedure. Zo is onder andere een reactie geschreven op het conceptwetsvoorstel klachtenregeling en worden netwerken georganiseerd die een kwaliteitsverbetering van de klachtenprocedure tot doel hebben.

Behalve Arcares heeft ook de Alzheimerstichting aandacht aan de Wet Bopz besteed. Zij hebben een cursus voor en over het mentorschap ontwikkeld, die gericht is op mensen die op vrijwillige basis het mentorschap van een patiënt op zich te willen nemen. Binnen deze cursus komen diverse aspecten aan bod, waaronder de Wet Bopz binnen de psychogeriatric.

Niet gerealiseerde activiteiten

Een onderwijsmodule voor basisartsen en een opleidingsmodule voor verpleegkundigen en verzorgenden, waarin specifieke aandacht wordt besteed aan de diverse aspecten van de Wet Bopz, zouden op de lange termijn ontwikkeld moeten worden. Omtrent deze activiteiten bestaat onduidelijkheid over wie de trekkersrol krijgt toebedeeld. De ontwikkeling van de modules is dan ook niet opgestart.

3.3.3 Verstandelijk Gehandicaptenzorg

In onderstaand overzicht staan de geplande voorlichtingsactiviteiten, conform het voorlichtingsplan, voor de sector verstandelijk gehandicaptenzorg.

Voorlichtingsactiviteit	Organisator
- Doelgroepgerichte voorlichtingsbijeenkomst	directie GB
+ Artikelen in vak- en ledenbladen	directie GB
+ Brief centrale begrippen	directie GB

+ uitgevoerd - niet uitgevoerd

Gerealiseerde activiteiten

Informatieverstrekking over de Wet Bopz ten behoeve van de verstandelijk gehandicaptenzorg is vooralsnog voornamelijk via artikelen, publicaties en brochures verlopen. Een aantal sectorspecifieke tijdschriften en instellingen die in hun nieuwsbrief aandacht hebben besteed aan de Wet Bopz staan in het schema hieronder vermeld. Deze publicaties zijn wederom op eigen initiatief verschenen en zijn niet door de directie GB gecoördineerd.

Doelgroep	Tijdschrift
Management	VWS Bulletin
Psychiaters, psychologen, orthopedagogen, artsen	Klik Nieuwsbrief VGN
Verpleegkundigen, verzorgers, groepsleiders	Klik Nieuwsbrief VGN
Patiënten, familie	Ledenblad FvO Ledenblad WOI
Indicatiecommissie	Nieuwsbrief SOMMA

De op te stellen brief met informatie over de verschillende begrippen die in de wet voorkomen, heeft geleid tot een brochure over de Wet Bopz binnen instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Hierin wordt naast de wet, tevens aandacht besteed aan diverse begrippen en de definities ervan binnen deze sector. Naast deze brochure zijn ook enkele circulaire

verschenen waarin aandacht is besteed aan de wetwijziging en bijvoorbeeld klachtenregeling. Al deze informatie is tevens via internet te achterhalen.

Additionele activiteiten

Binnen deze sector functioneert de brancheorganisatie Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) als intermediair wat betreft informatieverstrekking met betrekking tot de Wet Bopz. Enerzijds informeren en adviseren ze hun leden, de instellingen voor gehandicaptenzorg. De informatieverstrekking vindt plaats via de uitgifte van een nieuwsbrief. De adviserende rol van de VGN betreft voornamelijk, op individueel niveau, het bijstaan van een instelling bij uitvoeringsproblemen en interpretatievraagstukken. Hierbij wordt vaak samen gewerkt met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Anderzijds houdt de VGN zich actief bezig met wetgeving, in die zin door onder andere commentaar uit te brengen op de wetwijzigingen en in discussie te gaan over de gehandhaafde terminologie in de Wet Bopz. De WOI heeft in samenwerking met 'Vraag Raak', een instelling ter ondersteuning van de cliëntenraden, het initiatief genomen tot de ontwikkeling van een informatieklaapper. Deze klaapper is bestemd voor familieverenigingen en cliëntenraden. Hierin wordt aandacht besteed aan de Wet Bopz en hoe deze te interpreteren binnen de sector verstandelijk gehandicaptenzorg. Dit is gerelateerd aan de praktijk, met als oogmerk de toepassing van de wet binnen deze sector te verduidelijken en vergemakkelijken.

Niet gerealiseerde activiteiten

De beroepsbeoefenaren van de zwakzinnigeninrichtingen en orthopedagogische instellingen is niet de mogelijkheid geboden om in een doelgroepgerichte bijeenkomst informatie tot zich te nemen en onderling uit te wisselen. De directie heeft een dergelijke voorlichtingsbijeenkomst niet georganiseerd vanwege tijdelijke afwezigheid van de coördinator.

4

Kennis over en toepassing van de Wet Bopz

Het tweede gedeelte van de evaluatie van het voorlichtingsplan Wet Bopz betreft een behoeftepeiling onder de diverse instellingen en organisaties, die in de praktijk met deze wet te maken hebben. De respondenten zijn gevraagd in welke mate zij op de hoogte zijn van de Wet Bopz en op welke manier(en) deze informatie is ontvangen. Verder is geïnventariseerd in hoeverre er behoefte bestaat aan aanvullende informatie over de Wet Bopz, welke onderwerpen dit betreft en op welke wijze deze informatie zou moeten worden aangeboden. De vragen zijn subjectief en geven derhalve een indicatie hoe goed de respondent zichzelf op de hoogte acht van de Wet Bopz, gezien binnen de taken en verantwoordelijkheden van de beklede functie. Dit geldt eveneens voor de behoefte aan aanvullende informatie over bepaalde onderdelen van de Wet Bopz.

In totaal is bij 50 respondenten, verdeeld over de drie sectoren, een enquête afgenomen. De verdeling per sector en soort instelling, welke in overleg met de directies GVM, VVO en GB tot stand is gekomen, staat weergegeven in tabel 1. Hierbij moet worden opgemerkt dat voor de sector psychogeriatric ook huisartsen zouden worden benaderd. Deze bleken echter niet bereid mee te werken, veelal door tijdgebrek. Na vijftien non-responders is besloten deze groep buiten beschouwing te laten.

Tabel 1. Steekproefverdeling.

Sector Psychiatrie	Aantal
APZ/PAAZ	8
Verslavingskliniek	3
Kinder- en Jeugdpsychiatrische instelling	1
Forensische instelling	2
Crisisdienst (Riagg/CAD)	3
Gemeente	3
<i>Subtotaal</i>	<i>20</i>
Sector Psychogeriatric	
Verpleeghuis	4
Verzorgingshuis	6
Cliëntenraad van verpleeg-/verzorgingshuis	2
Regionaal Indicatie Orgaan (RIO)	3
<i>Subtotaal</i>	<i>15</i>
Sector Verstandelijk Gehandicaptenzorg	
Zwakzinnigeninrichting	12
Orthopedagogisch instituut	3
<i>Subtotaal</i>	<i>15</i>
Totaal	50

De respondenten komen uit verschillende echelons. Er zijn voornamelijk hulpverleners, waaronder behandelaren (psychiaters, psychologen en artsen) en behandelondersteuners (sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers), en afdelings- c.q. sectorhoofden geïnterviewd (respectievelijk 32% en 30%). Een vijfde van de respondenten heeft een beleidsfunctie, een zevende is directeur en de overige respondenten zijn voorzitter van een cliëntenraad. Onderstaande tabel geeft deze verdeling tevens per sector weer.

Tabel 2. Beroepen kader.

	Psychiatrie	Psychogeriatric	Verstandelijk Gehandicaptezorg	Totaal
Management	2	3	2	7
Afdelingshoofd	5	4	6	15
Hulpverlener	7	4	5	16
Beleidsmedewerker	6	2	2	10
Voorzitter Cliëntenraad	-	2	-	2
Totaal	20	15	15	50

4.1 Algemene kennis en informatiebehoefte

4.1.1 Kennis van de Wet Bopz

In de praktijk is over de Wet Bopz voldoende kennis aanwezig, aangezien bijna alle respondenten (94%) aangeven redelijk tot goed hiervan op de hoogte te zijn. Enkele respondenten geven duidelijk aan dat zij zichzelf redelijk tot goed op de hoogte achten binnen het kader van de functie die ze bekleden. De aard van de betreffende werkzaamheden brengt met zich mee dat ze zich niet tot op detailniveau op de hoogte hoeven te stellen van de wet. Tevens wordt de kennis van specifieke aspecten van de wet binnen een instelling vaak gedeeld met bijvoorbeeld aandachtfunctionarissen of juridisch medewerkers. In totaal vindt bijna tweederde van de respondenten (60%) zichzelf goed op de hoogte van de wet, ongeveer een derde (34%) geeft aan een redelijke kennis te bezitten en enkele personen (6%) zijn matig op de hoogte van de Wet Bopz.

In de tabel 3 staan de verschillende informatiebronnen die men heeft geraadpleegd om kennis te vergaren over de Wet Bopz. De meest voorkomende bronnen zijn publicaties in vak-tijdschriften en ledenbladen (22%) en andere dan de aangewezen kanalen (21%). Ruim een vijfde van de respondenten heeft in diverse tijdschriften, bulletins en nieuwsbrieven artikelen gelezen over de Wet Bopz. Genoemd worden onder andere de nieuwsbrief van GGZ Nederland, de PVP krant, Medisch Contact, Psy, Psychiater, Tijdschrift voor de Psychiatrie, Klik en Tijdschrift voor verpleegkundigen en verzorgenden.

Als 'andere informatiebron' worden voornamelijk de wettekst en/of handboeken die de wet verduidelijken genoemd. Deze worden in de dagelijkse praktijk als leidraad gebruikt. Een tweede, andere informatiebron is het overleg met zowel in- als externe collega's en deskundigen. In veelal niet-reguliere overlegvormen komen aan de hand van praktijkervaringen diverse aspecten van de wet aan bod. Dit wordt door de respondenten als waardevol beschouwd. De meerwaarde ligt dan ook in het laagdrempelig kunnen uitwisselen van informatie gebaseerd op casuïstiek, met daaraan gekoppeld een directe feedback. Een derde manier waarop informatie wordt verkregen is door middel van interne informatievoorziening. Ontwikkelingen op het gebied van de Wet Bopz worden veelal door instellingen intern bijgehouden. Deze worden aan het personeel kenbaar gemaakt door middel van onder andere notities vanuit de directie of een nieuwsbrief. In enkele gevallen is er een

documentatiemap beschikbaar. Een aantal instellingen beschikt over een intern ontwikkeld protocol met betrekking tot de Wet Bopz. Overige manieren waarop men informatie heeft opgedaan is via samenwerking met koepelorganisaties of inspectie en door middel van onderzoeksverslagen.

Tabel 3. Informatiebronnen algemeen.

Informatiebron	aantal	
Vakblad	42	22%
Anders	40	21%
Folder/brochure	36	19%
Bijeenkomst	26	14%
Bijscholing/cursus	18	9%
Internet	16	8%
Brief	13	7%
Totaal	191¹	100%

Bijna een vijfde van de respondenten (19%) heeft via folders of brochures kennis genomen van de Wet Bopz. Veelgenoemde brochures zijn algemene brochures over de Wet Bopz, de brochures van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en patiëntenfolders over (klacht)-rechten en plichten.

Algemene of sectorspecifieke bijeenkomsten, workshops of congresdagen zijn door ongeveer een zevende van de respondenten (14%) bezocht. In bijna tweederde van de gevallen werd een doelgroepgerichte bijeenkomst bijgewoond (n=17) en een klein aantal bezocht een algemene bijeenkomst (n=4). De resterende respondenten (n=5) hebben deelgenomen aan beide soorten bijeenkomsten.

De overige bronnen van informatie, te weten cursussen, internet en brieven, worden door minder dan 10% van de respondenten genoemd. De meest gevolgde cursus is een door Medilex georganiseerde cursus. De internetsite die wordt geraadpleegd is veelal die van het ministerie van VWS en zo betreffen ook de brieven die als informatiebron worden genoemd, veelal circulaires van het ministerie van VWS.

4.1.2 Informatiebehoefte

Naast de mate van aanwezige kennis over de Wet Bopz, is geïnventariseerd of er behoefte is aan aanvullende informatie en zo ja, op welke onderwerpen. Ondanks het feit dat het merendeel van de respondenten zichzelf redelijk tot goed op de hoogte vindt, geeft precies de helft aan dat zij behoefte hebben aan verduidelijking van de Wet Bopz. Veelgenoemde onderwerpen, in aflopende volgorde, zijn:

- verduidelijking van de wet voor iedere sector afzonderlijk, vanwege specificiteit van de drie sectoren;
- interpretatie van de wet in de praktijk is niet eenduidig, waardoor behoefte is aan een praktische vertaling van de wet;
- interpretatie van termen zoals het gevaarscriterium en verzet;
- jurisprudentie omtrent de wet;
- interne rechtspositie;
- verschil gedwongen opnames versus gedwongen behandeling.

¹ Vraag betreft meerkeuze optie, waardoor het totale aantal antwoorden (n=191) het aantal respondenten (n=50) overstijgt.

Deze informatie wilt men het liefst ontvangen via een folder of brochure (25%), internet (20%) of overige kanalen (19%). Bij deze laatste wordt e-mail veelal als optie genoemd, evenals informatieverbreiding via de branche- of koepelorganisaties. Een enkeling noemt het uitbrengen van een 'Kwartaalbericht Wet Bopz' of een 'Wet Bopz informatiemap'.

De opmerkingen die de respondenten tot slot konden geven, behelzen vooral opmerkingen rondom het vraagstuk 'nieuwe ontwikkelingen'. Men geeft duidelijk aan geïnformeerd te willen worden over recente ontwikkelingen, wijzigingen en veranderingen van de diverse aspecten van de Wet Bopz. Een aantal keer brengt men ten gehore dat de terminologie in de wet verouderd is (geneesheer-directeur bestaat in veel gevallen niet meer), wat praktische implicaties heeft. Een ander belangrijk onderwerp is de mate van uitvoerbaarheid van de wet binnen de verschillende soorten instellingen. De Wet Bopz is moeilijk toepasbaar in bijvoorbeeld verslavingsklinieken, verzorgingshuizen of orthopedagogische centra. Veelal wordt met de inspectie naar een oplossing gezocht om zo goed mogelijk aan de regels van de wet te voldoen, wat echter niet altijd mogelijk is. Verder wordt het belang van een goede samenwerking tussen burgemeester, politie, officier van justitie en psychiater genoemd, waar niet altijd sprake van is. Tot slot geven enkelen aan dat de inspecteurs van de Inspectie voor de Gezondheidszorg de wet niet altijd eenduidig interpreteren, waardoor onduidelijkheid en verwarring ontstaat.

4.2 Sectorspecifieke kennis en informatiebehoefte

4.2.1 Kennis van de Wet Bopz per sector

Uit onderstaande tabel blijkt dat de respondenten uit alle sectoren redelijk tot goed op de hoogte zijn van de Wet Bopz. In de sector psychiatrie geven de meeste respondenten aan redelijk op de hoogte te zijn, in tegenstelling tot de andere twee sectoren, waar de meeste respondenten zichzelf goed op de hoogte achten van de Wet Bopz. In alle sectoren geeft één respondent aan matig op de hoogte te zijn van de wet. Het betreft hier dus een inschatting door de respondent, in het kader van de kennis die nodig is voor de uitvoering van zijn/haar functie.

Tabel 4. Mate waarin men op de hoogte is van de Wet Bopz.

	Psychiatrie	Psychogeriatric	Verstandelijk Gehandicaptenzorg	Totaal
Goed	8	10	12	30
Redelijk	11	4	2	17
Matig	1	1	1	3
Totaal	20	15	15	50

De diverse manieren waarop men zich heeft geïnformeerd over de Wet Bopz verschilt per sector niet veel van elkaar (zie tabel 5). De belangrijkste categorieën waar informatie is opgedaan over de Wet Bopz zijn artikelen in vaktijdschriften en ledenbulletins, 'andere informatiebronnen' en folders of brochures. Dit geldt voor alle drie de sectoren, echter de onderlinge volgorde van frequentie verschilt wel.

Opvallend is dat geen enkele respondent uit de psychiatrie aangeeft door middel van een brief te zijn geïnformeerd over de Wet Bopz. Dit is wel het geval binnen de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg.

Tabel 5. Informatiebronnen per sector.

	Psychiatrie	Psychogeriatric	Verstandelijk Gehandicaptenzorg	Totaal
Vakblad	18	12	12	42
Anders	17	9	14	40
Folder/brochure	14	11	11	36
Bijeenkomst	11	5	10	26
Cursus	7	5	6	18
Internet	6	6	4	16
Brief	-	5	8	13
Totaal	73	53	65	191

4.2.2 Informatiebehoefte per sector

Ondanks het feit dat bijna alle respondenten zich redelijk tot goed op de hoogte achten van de Wet Bopz, geeft het merendeel van degenen die werkzaam zijn in de psychiatrie aan dat ze behoefte hebben aan aanvullende informatie omtrent de wet. Het gaat voornamelijk om informatie over interpretatie van de wet in de praktijk, specifieke informatie de wet binnen de verschillende instellingen die onder de geestelijke gezondheidszorg vallen en de interpretatie van het gevaarscriterium. Hierover blijken onduidelijkheden te bestaan. De Wet Bopz is voor de meeste respondenten uit de sector psychogeriatric duidelijk. Zij geven aan weinig onduidelijkheden omtrent interpretatie van begrippen of implementatie in de praktijk te ervaren. Tot slot geeft ongeveer de helft van de respondenten uit de verstandelijk gehandicaptenzorg aan dat ze additionele informatie behoeft. Deze betreft voornamelijk informatie over hoe om te gaan met de Wet Bopz binnen de sector verstandelijk gehandicaptenzorg. Aangezien de aard van deze sector verschilt van die van de psychiatrie blijkt de wet in de praktijk moeilijk toepasbaar. Zo zijn bepaalde regels moeilijk uitvoerbaar vanwege de afwezigheid van faciliteiten of vanwege een andere benadering van de cliënten.

Tabel 6. Behoeft aanvullende informatie per sector.

	Psychiatrie	Psychogeriatric	Verstandelijk Gehandicaptenzorg	Totaal
Ja	14	4	7	25
Nee	6	11	8	25
Totaal	20	15	15	50

De manieren waarop nieuwe informatie het beste kan worden aangeboden verschilt per sector. In de psychiatrie geeft men voornamelijk andere dan de genoemde vormen van informatieverspreiding aan, zoals e-mail of via koepelorganisaties. Ook wordt het internet aangemerkt als populaire informatiebron. In de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg geeft men aan het liefst op de hoogte te worden gehouden door middel van folders en brochures of via een brief of circulaire vanuit het ministerie van VWS. Deze laatste manier van verspreiding blijkt in de psychiatrie geen courant medium te zijn.

Tabel 7. Verspreidingsmethode aanvullende informatie per sector.

	Psychiatrie	Psychogeriatric	Verstandelijk Gehandicaptenzorg	Totaal
Folder/brochure	6	8	9	23
Internet	9	5	5	19
Anders	11	4	3	18
Brief	1	6	7	14
Bijeenkomst	4	2	3	9
Artikelen	3	3	2	8
Cursus	1	2	-	3
Totaal	35	30	29	94

5

Samenvatting en conclusies

De in 1994 ingevoerde Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) blijkt een gecompliceerde wet te zijn. Naar aanleiding van de eerste evaluatie gericht op de uitvoering van de wet, heeft het kabinet een standpunt gevormd aan de hand waarvan het 'Voorlichtingsplan Wet Bopz' is verschenen. Dit plan bevat de beschrijving van een aantal voorlichtingsactiviteiten die diverse aspecten van de Wet Bopz binnen de psychiatrie, psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg moeten verduidelijken. In het kader van een tweede evaluatieperiode is dit voorlichtingsplan geëvalueerd.

De evaluatie van het voorlichtingsplan is enerzijds gericht op de stand van zaken omtrent de uitvoering van de diverse voorlichtingsactiviteiten: in hoeverre zijn deze activiteiten conform de planning uitgevoerd en zijn er andere initiatieven ontplooid door instellingen of koepelorganisaties om aspecten van de Wet Bopz te verduidelijken binnen de eigen sector? Anderzijds is onderzocht in welke mate binnen de diverse sectoren behoefte bestaat aan aanvullende informatie met betrekking tot de Wet Bopz: in welke mate is men op de hoogte van de Wet Bopz binnen het kader van de eigen functie en welke onderwerpen van de Wet Bopz behoeven nog verduidelijking?

De evaluatie betreft een kwalitatief onderzoek, waarbij geïnterviewd is of de verschillende partijen de ontwikkelde voorlichtingsactiviteiten hebben uitgevoerd. Tevens is gekeken naar additionele activiteiten die de bevordering van de kennis over de Wet Bopz tot doel hadden. Met betrekking tot de behoeftepeiling is geïnterviewd in hoeverre de kennis over en toepassing van de Wet Bopz reikt onder betrokkenen. De resultaten geven een eerste indicatie op basis waarvan additioneel onderzoek kan worden gedaan.

5.1 Voorlichtingsactiviteiten

In het 'Voorlichtingsplan Wet Bopz' worden achttien activiteiten genoemd, gericht op het bevorderen van de kennis over en de toepassing van de Wet Bopz. Het betreffen drie algemene en vijftien sectorspecifieke voorlichtingsactiviteiten. Eén van de activiteiten die door elke sector apart zou moeten worden geïnitieerd, is echter sectoroverstijgend, waardoor het totaal aantal geëvalueerde voorlichtingsactiviteiten op zestien komt te staan. Hiervan zijn er vier sectoroverstijgend en twaalf sectorspecifiek.

Gerealiseerde voorlichtingsactiviteiten

In totaal zijn elf van de zestien voorlichtingsactiviteiten conform het voorlichtingsplan uitgevoerd. Sommige activiteiten hebben vaker plaatsgevonden dan gepland. Er zijn bijvoorbeeld meerdere bijeenkomsten voor betrokkenen uit de geestelijke gezondheidszorg en de psychogeriatric gehouden. Andere activiteiten zijn samengevoegd, zoals de brochures voor de

psychogeriatric, wherein aan meerdere onderwerpen van de Wet Bopz aandacht wordt besteed (rechtspositie voor en tijdens opname en begrippen uit de wet). In het hierna volgende overzicht staat dit weergegeven.

De coördinatie is veelal gevoerd door de aangewezen organisator(en), behalve de publicaties die in vak- en ledenbladen zijn verschenen. Op eigen initiatief van (koepel-)organisaties en instellingen is aandacht besteed aan de Wet Bopz in nieuwsbrieven, ledenbulletins en tijdschriften. Uit een beknopte inventarisatie blijkt dat voor elke doelgroep in de drie sectoren diverse artikelen en publicaties zijn verschenen in verschillende tijdschriften en bulletins.

Algemene en sectorspecifieke voorlichtingsactiviteiten

Algemeen Organisator	
Algemene bijeenkomst	werkgroep
Website VWS	werkgroep, directie VC
Psychiatrie Organisator	
Doelgroepgerichte voorlichtingsbijeenkomsten	directie GVM, NVZ, GGZ Nederland
Artikelen in vak- en ledenbladen	eigen initiatief
Brochures over gedwongen opname, klachten over verblijf, rechten in en ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis	PVP, Pandora, LPR, Cliëntenbond
Psychogeriatric Organisator	
Doelgroepgerichte voorlichtingsbijeenkomsten	directie VVO
Artikelen in vak- en ledenbladen	eigen initiatief
Brochures voor cliënten, verpleegkundigen/verzorgers en artsen	directie VVO, NVBV
Verstandelijk Gehandicaptenzorg Organisator	
Artikelen in vak- en ledenbladen	eigen initiatief
Brochure over de wet Bopz binnen instellingen voor verstandelijk gehandicapt	directie GB

Behalve de activiteiten zoals beschreven in het voorlichtingsplan zijn er op initiatief van instellingen en organisaties aanvullende activiteiten ontwikkeld om zodoende de kennis over de Wet Bopz te verhogen bij de leden, achterban of werknemers. Deze zijn divers van aard en betreffen onder andere de ontwikkeling van brochures met betrekking tot een specifiek onderdeel van de Wet Bopz, de organisatie van bijeenkomsten en cursussen en het informeren van betrokkenen via een website.

Niet gerealiseerde voorlichtingsactiviteiten

Van de zestien activiteiten zijn er vijf niet bewerkstelligd, zie onderstaand schema. De redenen voor het niet uitvoeren van deze voorlichtingsactiviteiten zijn divers. De algemene voorlichtingsbrochures zijn niet gerealiseerd omdat hieraan geen behoefte bleek te zijn (kabinetsstandpunt) of het onderwerp onvoldoende uitgekristalliseerd was (relatie Wet Bopz en WGBO). Bij deze laatste werd tevens geen prioriteit gelegd bij de ontwikkeling ervan.

Algemeen Organisator	
Voorlichtingsbrochure gevolgen kabinetstandpunt	secretaris werkgroep
Voorlichtingsbrochure relatie wet Bopz en WGBO	secretaris werkgroep
Psychiatrie Organisator	
Onderwijsmodule	werkgroep, GGZ Nederland
Psychogeriatric Organisator	
Onderwijsmodule voor basisarts en verpleegkundigen/verzorgers	werkgroep, GGZ Nederland
Verstandelijk Gehandicaptenzorg Organisator	
Doelgroepgerichte voorlichtingsbijeenkomst	directie GB

Op de langere termijn (na 2001) is de sector psychiatrie en psychogeriatric geadviseerd structurele (bij)scholing te ontwikkelen. Hierbij gaat het om een cursusmodule voor zowel bestaande bijscholingscursussen als voor bestaande opleidingen. Gezien het tijdspad is er (nog) geen initiatief genomen tot ontwikkeling van de onderwijsmodules. Tot slot is de bijeenkomst voor de verstandelijk gehandicaptenzorg niet georganiseerd vanwege langdurige afwezigheid van de coördinator.

5.2 Kennis over en toepassing van de Wet Bopz

Deze kwalitatieve studie geeft een schets weer van de huidige stand van zaken van de kennis over en toepassing van de Wet Bopz, zoals ervaren door de respondenten. Vanwege het kwalitatieve karakter is vervolgonderzoek nodig voor een eventuele generalisatie van de resultaten naar de gehele doelgroep.

Aanwezige kennis van de Wet Bopz

Het overgrote merendeel van de respondenten geeft aan dat zij redelijk tot goed op de hoogte zijn van de Wet Bopz. Het betreft zowel de kennis over de wet als de toepassing ervan, gezien binnen het kader van de functie die de respondent bekleedt. Hierbij zijn geen verschillen waargenomen tussen de diverse sectoren.

Uit de resultaten blijkt dat het merendeel van de managers, hulpverleners, patiënten, beleidsmedewerkers en overige betrokkenen zich op de hoogte stelt van ontwikkelingen op het gebied van de Wet Bopz door middel van 'geschreven teksten', zoals publicaties in vakbladen en tijdschriften, anders informatiebronnen zoals wetteksten en handboeken en folders en brochures. Deze drie bronnen zijn voor alle drie de sectoren de belangrijkste informatiebronnen, echter in de psychogeriatric haalt men vaker kennis over de Wet Bopz uit folders dan uit andere informatiebronnen en in de verstandelijke gehandicaptenzorg worden andere informatiebronnen juist vaker dan vakbladen en folders genoemd. Verder geeft een behoorlijk aantal respondenten aan een bijeenkomst of cursus te hebben gevolgd, wat door velen als zeer nuttig is ervaren. Informatie die ten tijde van de bijeenkomst of cursus is verstrekt wordt nog steeds geraadpleegd. Tevens wordt het uitwisselen van praktijkervaringen met collegadeskundigen als informatief en zeer nuttig ervaren. Relatief hebben de respondenten die werkzaam zijn in de verstandelijke gehandicaptenzorg het vaakst een bijeenkomst of cursus gevolgd; degenen die werkzaam zijn in de psychogeriatric het minst vaak. Deze laatste groep maakt echter relatief vaker gebruik van het internet bij het zoeken naar informatie over de Wet Bopz.

Ontbrekende kennis van de Wet Bopz

Gezien de mate waarin de respondenten zichzelf op de hoogte achten van de Wet Bopz, zou men verwachten dat de behoefte aan aanvullende informatie gering zou zijn. Dit is echter niet het geval. De helft van de geïnterviewden geeft aan dat de Wet Bopz niet in al zijn facetten duidelijk is. Uitgesplitst naar sector blijkt deze verdeeldheid ook voor te komen in de verstandelijke gehandicaptenzorg. Een ruime meerderheid van de betrokkenen uit de psychiatrie geeft aan dat de wet verduidelijking behoeft op bepaalde punten; in de psychogeriatric volstaat de aanwezige kennis van de Wet Bopz en bestaat de minste behoefte aan verduidelijking van de wet.

Uit deze verschillende informatiebehoeften per sector kan niet worden geconcludeerd dat de respondenten in de ene sector beter op de hoogte zijn van de wet dan de andere. Het feit dat men in de psychiatrie wellicht vaker in aanraking komt met de Wet Bopz, schept een breder scala aan praktijkervaringen, waardoor de wet in alle details wordt toegepast. Dit brengt tevens interpretatie- en implementatieverschillen met zich mee.

5.3 Aanbevelingen

Degenen die aangeven dat de Wet Bopz nog de nodige uitleg behoeft, hebben vooral behoefte aan een meer specifieke en gedetailleerdere uitleg van de wet. Dit betreft enerzijds gedetailleerdheid over de toepassing van de wet in de praktijk. De wet staat in zijn algemeenheid beschreven en is weinig specifiek. In de praktijk blijkt deze vaak in niet standaard gevallen moeilijk uitvoerbaar te zijn. Veelal wordt een oplossing gezocht door in overleg te gaan met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Anderzijds bestaat de additionele informatiebehoefte uit een op de verschillende sectoren of zelfs op de verschillende instellingen toegesneden handboek. Op instellingsniveau worden verschillen ervaren die gerelateerd zijn aan de aard van de instelling. Zo bejegt en behandelt een verslavingskliniek zijn cliënten op een andere manier dan een orthopedagogisch centrum zijn bewoners. Tevens blijken de juiste faciliteiten op gespecialiseerde instellingen vaak tekort te schieten of afwezig te zijn bij uitvoering van de wet. Deze problemen worden eveneens veelal opgelost door samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De manier waarop deze informatie verspreid zou moeten worden is voornamelijk via folders en brochures, internet en overige kanalen, waarbij veelal wordt geopteerd voor een e-mailing. Opvallend is de voorkeur voor het aanbieden van informatie op het internet, aangezien dit (nog) niet op grote schaal wordt gebruikt. Een aantal respondenten geeft aan dat de instelling er (nog) niet op is ingericht. In de psychiatrie heeft men hier een lichte voorkeur voor, terwijl de psychogeriatric en verstandelijke gehandicaptenzorg vooral folders willen ontvangen of circulares vanuit VWS.

Tot slot blijkt er grote behoefte te bestaan aan het volgen van de ontwikkelingen op het gebied van de Wet Bopz. Een aantal suggesties worden gedaan om via een centraal orgaan een dergelijke informatiestroom op gang te brengen. Dit kan een koepelorganisatie voor de eigen branche zijn, maar ook wordt het ministerie van VWS als centrale coördinator genoemd.

Als methode van informatievoorziening wordt een kwartaalbericht Wet Bopz geopperd, een landelijke helpdesk en een reguliere mailing via de e-mail. De respondenten willen vooral op de hoogte worden gehouden van nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de jurisprudentie, wijzigingen of veranderingen in de wet en praktijkervaringen aan de hand van casuïstiek.

Bijlage 1

Evaluatie voorlichtingsplan Bopz

1. Vragenlijst voorlichtingsactiviteiten organisatoren

Interview

Datum:.....-.....-2001
Tijd: van uur tot uur
Interviewer: Ingeborg / Esther

Organisator

Naam organiserende instelling:
Naam respondent:
Functie respondent:
Telefoonnummer:

Activiteiten

Geplande activiteit:	Titel/onderwerp:	Uitgevoerd?
brochure:		wel/niet
bijeenkomst: algemene bijeenkomst / doelgroepgerichte bijeenkomst		wel/niet
onderwerpen:		wel/niet
.....		wel/niet
.....		wel/niet
bijscholing		wel/niet
artikel vakblad		wel/niet
internet		wel/niet
brief		wel/niet

Niet uitgevoerde activiteiten

Activiteit die niet is uitgevoerd:

Reden waarom activiteit niet is uitgevoerd:

geen budget beschikbaar

geen tijd / personeel/ prioriteit

onduidelijkheid over verantwoordelijkheid voor uitvoering

uitgesteld tot want

.....

.....

weet niet

wil niet antwoorden

anders, namelijk

.....

.....

Overige activiteiten

Zijn er door u nog andere voorlichtingsactiviteiten ondernomen?

Activiteit

Onderwerp

Doel

Doelgroep

Ruimte voor opmerkingen:

Bijlage 2

Evaluatie voorlichtingsplan wet Bopz

Vragenlijst behoefte aanvullende voorlichting

2a. Sector psychiatrie

Interview

Datum: ... - ... - 2001

Tijd: van uur tot uur

Interviewer: Ingeborg / Esther

Respondent

Naam instelling:

Plaats instelling:

Naam respondent:

Functie respondent:

Telefoonnummer:

Informatiebehoefte

In welke mate bent u op de hoogte van de Wet Bopz? goed/redelijk/matig/slecht

Op welke manier(en) bent u geïnformeerd over de Wet Bopz?

folder/brochure:

bijeenkomst: algemene bijeenkomst / doelgroepgerichte bijeenkomst

bijscholing/cursus:

artikel in vak/ledenblad:

internet:

brief:

anders, namelijk:

Aanvullende informatie?

Heeft u behoefte aan aanvullende informatie m.b.t. de Wet Bopz? ja / nee

Zo ja, op welke onderdelen?

- *onderlinge verhouding Wet Bopz en WGBO bij dwangbehandeling*
interpretatie en jurisprudentie gevaarscriterium
onderscheid gedwongen opname en gedwongen behandeling
toepassing verlof- en ontslagcriteria
onderscheid toepassing dwangbehandeling en toepassing middelen en maatregelen
informatievoorziening over klachtrecht aan patiënten
anders, namelijk:
.....
.....

Op welke manier kan deze informatie het best worden verspreid?

- folder/brochure
- bijeenkomst
- bijscholing/cursus
- artikel in vak/ledenblad
- internet
- brief
- anders, namelijk
.....
.....

Ruimte voor opmerkingen

Bijlage 3

Evaluatie voorlichtingsplan Wet Bopz

Vragenlijst behoefte aanvullende voorlichting

2b) Sector psychogeriatric en 2c) Verstandelijk Gehandicaptenzorg

Interview

Datum: ... - ... - 2001
Tijd: van uur tot uur
Interviewer: Ingeborg / Esther

Respondent

Naam instelling:
Plaats instelling:
Naam respondent:
Functie respondent:
Telefoonnummer:

Informatiebehoefte

In welke mate bent u op de hoogte van de Wet Bopz?	goed/redelijk/matig/slecht
Op welke manier(en) bent u geïnformeerd over de Wet Bopz?	
folder/brochure:
bijeenkomst:	algemene bijeenkomst / doelgroepgerichte bijeenkomst
bijbscholing/cursus:
artikel in vak/ledenblad:
internet:
brief:
anders, namelijk

Aanvullende informatie?

Heeft u behoefte aan aanvullende informatie m.b.t. de Wet Bopz? ja / nee

Zo ja, op welke onderdelen?

- *indicatiestelling/externe rechtspositie*
centrale begrippen zoals 'verzet' en 'bezwaar'
interne rechtspositie, verlof- en ontslagregeling
relatie Wet Bopz en WGBO
anders, namelijk:
-
-

Op welke manier kan deze aanvullende informatie het best worden verspreid?

- folder/brochure
 - bijeenkomst
 - bijscholing/cursus
 - artikel in vak/ledenblad
 - internet
 - brief
 - anders, namelijk
-
-

Ruimte voor opmerkingen

Bijlage 4

Lijst van instellingen

Hieronder volgt een overzicht van organisaties en instellingen, waarbij een additionele inventarisatie heeft plaatsgevonden in het kader van niet-geplande voorlichtingsactiviteiten. Hen is gevraagd of, en zo ja welke, activiteiten buiten het voorlichtingsplan om door hen zijn ondernomen om hun leden en achterban te informeren over de wet Bopz. Het gaat om de volgende organisaties:

Alzheimerstichting

Arcares: Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) en de Woonzorg Federatie (WZF)

FvO: Federatie van Ouderverenigingen

GGZ Nederland

LCVV: Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging

LOC: Landelijke Organisatie van Cliëntenraden (voorheen de Nederlandse Vereniging voor Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners, NVBV)

LPR: Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden

NVVA: Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen

NVvP: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

NVZ: Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen

PVP: Stichting Patiënten Vertrouwenspersoon

SOMMA: Landelijke Vereniging van Sociaal Pedagogische Diensten

VGN: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

VNG: Vereniging van Nederlandse Gemeenten

VWS: Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

WOI: Werkverband van Ouder- en Familieverenigingen in Instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap

Ypsilon: Vereniging ter ondersteuning van familie van mensen met schizofrenie of psychose

Evaluatie

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Deelonderzoek 8: Het Bopzis-registratiesysteem

Research voor Beleid

Jowieke van Buuren
Christel Scholten

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Achtergrond van het onderzoek	7
1.2 Onderzoeksvragen	8
1.3 Opzet en uitvoering van het onderzoek	8
1.4 Opbouw van het rapport	9
2 Beschrijving van het Bopzis	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Bopzis volgens de eerste evaluatie Wet Bopz	11
2.2.1 Knelpunten van Bopzis in 1996	11
2.2.2 Aanpassingen aan het Bopzis	12
2.3 Opbouw van Bopzis II	15
2.3.1 Opzet en inhoud Bopzis II	15
2.3.2 Informatiebronnen	15
2.3.3 Beheer Bopzis II	17
2.4 Samenvattende conclusie	17
3 Beoordeling van het Bopzis door de gebruikers	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Oordeel van gebruikers over het Bopzis	19
3.2.1 Inspectie voor de Gezondheidszorg	19
3.2.2 Parket en griffie	20
3.2.3 Onderzoekers	21
4 Conclusies en aanbevelingen	23
4.1 Conclusies	23
4.2 Aanbevelingen	24
Literatuur	25

Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op de evaluatie van het Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen informatiesysteem: het zogenaamde Bopzis. Dit registratiesysteem is opgezet met de inwerkingtreding van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). De evaluatie van het Bopzis maakt onderdeel uit van de tweede periodieke evaluatie van de Wet Bopz.

Het Bopzis heeft de volgende doelstellingen:

- Het vergemakkelijken van de werkzaamheden bij parket en griffie
- Het ondersteunen van de toezichthoudende taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ten aanzien van de Wet Bopz
- Het genereren van cijfermatige informatie. Deze informatie wordt gebruikt voor de jaarrapportage van de Inspectie van de Gezondheidszorg, de evaluatie van de Wet Bopz en eventuele onderzoeken op het terrein van de Wet Bopz.

Tijdens de eerste evaluatie van de Wet Bopz bleek het Bopzis de nodige knelpunten op te leveren, waardoor het gebruik van de informatie uit het systeem te wensen over liet. In het kabinetsstandpunt naar aanleiding van de eerste evaluatie is aangegeven dat de gesignaleerde knelpunten van Bopzis bij de tweede evaluatie Wet Bopz moeten zijn verholpen, zodat Bopzis daadwerkelijk als instrument voor geautomatiseerde gegevensverzameling kan dienen. In dit onderzoek is onderzocht in hoeverre de knelpunten, die bij de eerste evaluatie Wet Bopz naar voren kwamen, zijn opgelost. Daarnaast is gekeken in hoeverre Bopzis aan haar doelstellingen beantwoordt.

Sinds de inwerkingtreding van de Wet Bopz bestaan in praktijk twee registratiesystemen, te weten het Bopzis van het ministerie van Justitie, waar parketten en griffies gebruik van maken en het Bopzis dat oorspronkelijk beheerd werd door het ministerie van VWS.

Begin 2000 hebben het ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) besloten de koppeling tussen het Bopzis van Justitie en het Bopzis van VWS op te heffen. Het beheer van het Bopzis zoals dat bij het ministerie van VWS werd gebruikt, is ondergebracht bij de IGZ. De IGZ heeft vervolgens het Bopzis aangepast (Bopzis II). De knelpunten die tijdens de eerste evaluatie Wet Bopz werden ervaren, zijn in Bopzis II grotendeels opgelost. De mogelijkheden en gebruiksvriendelijkheid van het systeem zijn aanzienlijk vergroot. Bopzis II voldoet op hoofdlijnen aan de doelstellingen, zoals hiervoor beschreven. In het rapport worden op details verbeterpunten aangegeven.

De betrouwbaarheid (volledigheid, actualiteit en nauwkeurigheid) van de gegevens in Bopzis II blijft echter in grote mate afhangen van de registratietrouw van de betreffende verantwoordelijke 'toeleveranciers'. De IGZ kan momenteel slechts beperkt controle uitvoeren op de betrouwbaarheid van de aangeleverde gegevens. Om de betrouwbare toelevering van gegevens te bevorderen zouden er voor de IGZ meer controlemomenten in Bopzis II ingebouwd moeten worden dan wel gerealiseerd moeten worden door middel van het vergelijken van gegevens in Bopzis II met de gegevens uit de toeleveringsbronnen. Een manier om dit te bereiken is het benadrukken van het belang van goede aanlevering van gegevens, wellicht door bepaalde 'toeleveranciers' zelf aan te sluiten op het Bopzis II (zoals parketten en griffies, enkele grote gemeenten en medische administraties).

Parketten en griffies werken nog met het oorspronkelijke Bopzis (Bopzis I) en melden op grond van het systeem gegevens over RM en IBS schriftelijk bij de IGZ, waar ze door de IGZ handmatig in Bopzis II worden ingevoerd. Vanwege de beperkte mogelijkheden en slechte betrouwbaarheid van de informatie in Bopzis I, zouden parketten en griffies ook nog grotendeels eigen schriftelijke dossiers bijhouden, die regelmatig afwijken van de inhoud van het systeem. De doelstelling 'het vergemakkelijken van de werkzaamheden van parketten en griffies' wordt dus – evenals in de eerste evaluatie Wet Bopz – niet gehaald.

Bopzis I dient omgevormd te worden naar Bopzis II, waarin parketten en griffies gegevens rechtstreeks kunnen invoeren. Hiermee wordt een belangrijke stap gezet in de richting van een oplossing van de gesignaleerde knelpunten bij parketten en griffies. Ook wordt daarmee de extra invoer door de IGZ overbodig.

1

Inleiding

1.1 Achtergrond van het onderzoek

Dit onderzoek richt zich op de evaluatie van het Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen informatiesysteem (het zogenaamde Bopzis). Dit registratiesysteem is opgezet met de inwerkingtreding van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). De evaluatie van het Bopzis maakt onderdeel uit van de tweede periodieke Evaluatie van de Wet Bopz.

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) is op 17 januari 1994 integraal in werking getreden. Deze wet is ingevoerd ter vervanging van de Krankzinnigenwet uit 1884 en regelt de rechtspositie van patiënten in de intramurale geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder de psychiatrie, de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg. De wet bevat procedures voor onvrijwillige opnemingen, alsmede procedures voor verlof en ontslag (de externe rechtspositie) en de rechten van onvrijwillige opgenomen patiënten (interne rechtspositie).

Volgens artikel 71 van de Wet Bopz stuurt de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in overeenstemming met de Minister van Justitie, binnen drie jaar na inwerkingtreding van de wet, en vervolgens om de vijf jaar, een verslag naar het parlement over de wijze waarop de wet is toegepast. Eind 1996 was de eerste evaluatie gereed (Wet Bopz Evaluatierapport. Tussen invoering en praktijk.). Begin 2002 dient de Minister van VWS een voortgangsrapportage over de doeltreffendheid en effecten van de Wet Bopz aan beide Kamers uit te brengen.

De algemene indruk van de eerste evaluatie was, dat de Wet Bopz had bijgedragen aan een daadwerkelijke versterking van de rechtspositie van patiënten. De Evaluatiecommissie concludeerde tevens dat de praktijk inzake de implementatie van de Wet Bopz nog niet was uitgekristalliseerd gedurende de evaluatieperiode. Vandaar enige terughoudendheid met betrekking tot definitieve conclusies over de werking van de wet. In de tweede evaluatie ligt de aandacht meer op de vraag in hoeverre het implementatieproces is gevorderd en tot welke resultaten dit heeft geleid.

Tijdens de eerste evaluatie liet de bruikbaarheid van het registratiesysteem voor de Bopz te wensen over. Het Bopzis bleek onvoldoende te functioneren en de aanwezige informatie in Bopzis was ontoereikend voor een wetsevaluatie. Een aantal aanpassingen aan het systeem werden noodzakelijk geacht. In dit onderzoek is onderzocht in hoeverre de knelpunten, die bij de eerste evaluatie Wet Bopz naar voren kwamen, zijn opgelost. Tevens is aandacht besteed aan de mate waarin het Bopzis inmiddels beantwoordt aan haar doelstellingen.

1.2 Onderzoeksvragen

ZonMw verzocht Research voor Beleid om – ten behoeve van de tweede evaluatie Wet Bopz – onderzoek te doen naar de volgende vragen:

- Zijn de knelpunten van het Bopzis, zoals deze in de eerste evaluatie naar voren kwamen, opgelost?
- Beantwoordt het Bopzis aan haar doelstellingen?
- Welke aanpassingen c.q. verbeteringen heeft het registratiesysteem ondergaan?

De doelstellingen van het Bopzis zijn:

- Het vergemakkelijken van de werkzaamheden bij parket en griffie
- Het ondersteunen van de toezichthoudende taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ten aanzien van de Wet Bopz
- Het genereren van cijfermatige informatie. Deze informatie wordt gebruikt voor de jaarrapportage van de Inspectie van de Gezondheidszorg, de evaluatie van de Wet Bopz en eventuele onderzoeken op het terrein van de Wet Bopz.

Om de centrale vragen van het onderzoek te kunnen beantwoorden, zijn de volgende hoofd- en subvragen geformuleerd:

In hoeverre beantwoordt het Bopzis in haar huidige vorm aan haar doelstellingen, d.w.z.:

- In hoeverre vergemakkelijkt het Bopzis de werkzaamheden bij parket en griffie?
- Welke informatie bevat het Bopzis? Is deze informatie volledig, adequaat, relevant, betrouwbaar, actueel, eenduidig, geaggregeerd beschikbaar?
- In hoeverre genereert het systeem bruikbare cijfermatige informatie ten aanzien van (voorgenomen) wetsevaluaties, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, parketten en griffies?
- In hoeverre zijn de knelpunten, zoals deze in de eerste evaluatie Wet Bopz naar voren kwamen, thans opgelost? Welke aanpassingen c.q. verbeteringen heeft het registratiesysteem daarvoor ondergaan? Welke eventuele nieuwe knelpunten zijn ontstaan?
- In hoeverre voldoet het Bopzis momenteel aan de wensen en verwachtingen van de gebruikers?

1.3 Opzet en uitvoering van het onderzoek

In het onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende bronnen van onderzoek:

- 1 Deskresearch
- 2 Interviews
- 3 Enquête

Ad 1. Deskresearch

Gestart is met een deskresearch. Aan de hand van de eerste evaluatie Wet Bopz en het Kabinetsstandpunt zijn de knelpunten van het Bopzis in kaart gebracht. Verschillende documenten zijn geanalyseerd zoals codeboeken en de Wet Bopz.

Ad 2. Interviews

In interviews met betrokkenen bij het Bopzis, is de bruikbaarheid en de vraag of het Bopzis voldoet aan haar doelstellingen, getoetst. Daarbij is aandacht geschonken aan de volledigheid, betrouwbaarheid, eenduidigheid, actualiteit, beschikbaarheid en bruikbaarheid van de informatie uit Bopzis. Ook zijn de knelpunten uit de eerste evaluatie van de Wet Bopz besproken met het oog op de vraag in hoeverre ze zijn opgelost, welke aanpassingen zijn gedaan aan het systeem, waar zich nog hiaten bevinden of nieuwe knelpunten zijn ontstaan, en wat mogelijke

verbeteringen zouden kunnen zijn voor het systeem.

Hiertoe zijn (deels) telefonische interviews afgenomen bij de volgende betrokkenen:

- Bopz-coördinator bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (beheerder Bopzis)
- Vertegenwoordiger van het ministerie van Justitie (Facilitaire Dienstverlening Rechterlijke Organisatie)
- Vertegenwoordiger van een regionale inspectie (Bopz-medewerker)
- Voorzitter van de Gebruikersraad¹
- Vertegenwoordiger van parket Den Haag
- Vertegenwoordiger van parket Middelburg
- Vertegenwoordiger van parket en griffie Maastricht

Het geplande interview met de hoofdinspecteur van de IGZ kon helaas vanwege interne organisatorische redenen bij de IGZ geen doorgang vinden. Vanuit de hoofdinspectie is verwezen naar de Bopz-coördinator.

Tijdens het onderzoek bleek dat door onder andere de vele personele wisselingen bij VWS, Justitie en de IGZ het onderwerp 'Bopzis' enigszins naar de achtergrond is geschoven. Hierdoor heeft het achterhalen en completeren van de benodigde informatie op sommige onderdelen veel inspanning gekost.

Ad 3. Enquête

Teneinde de doelstelling *Evaluatie van de Wet Bopz* te toetsen, is bij de onderzoekers van de tweede evaluatie Wet Bopz een korte enquête afgenomen. Met de enquête is gepoogd de ervaringen van de onderzoekers met het Bopzis te inventariseren, en – waar relevant – af te zetten tegen de ervaringen opgedaan tijdens de eerste evaluatie Wet Bopz. Hierbij is gekeken waar de onderzoekers de door hen benodigde kwantitatieve gegevens hebben opgevraagd en wat hun oordeel is over de informatie in Bopzis. Ook is gevraagd welke eventuele nieuwe knelpunten bij het aangepaste Bopzis zijn ontstaan en op welke punten het systeem mogelijk verbeterd kan worden.

1.4 Opbouw van het rapport

Het rapport is als volgt opgebouwd:

- In hoofdstuk 2 is een beschrijving gegeven van het Bopzis, waarbij aandacht besteed is aan de knelpunten van het eerste Bopzis, aanpassingen die het systeem na de eerste evaluatie Wet Bopz heeft ondergaan en de opzet en inhoud van het vernieuwde Bopzis.
- In hoofdstuk 3 is ingegaan op het oordeel over het Bopzis vanuit verschillende invalshoeken. Hierbij is aandacht besteed aan de mate waarin het Bopzis haar doelstellingen bereikt en eventuele nieuwe knelpunten in het functioneren en gebruik van het vernieuwde Bopzis.
- In hoofdstuk 4 volgen tenslotte de conclusies en aanbevelingen.

¹ De Gebruikersraad bestaat uit afgevaardigden van het Openbaar Ministerie, arrondissementsrechtbanken, rechters, Officieren van Justitie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

2

Beschrijving van het Bopzis

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de opzet en functionaliteit van het Bopzis beschreven. Dit gebeurt aan de hand van de knelpunten zoals die in de eerste evaluatie Wet Bopz naar voren kwamen, de aanpassingen aan het systeem en eventuele nieuwe c.q. onopgeloste knelpunten. Tenslotte komen nog enkele overige aspecten van het systeem aan de orde.

2.2 Bopzis volgens de eerste evaluatie Wet Bopz

Het registratiesysteem Bopzis is oorspronkelijk mede ontworpen om de evaluatie van de Wet Bopz te kunnen ondersteunen. Hoewel in de eerste evaluatie geen apart deelonderzoek naar het Bopzis is verricht, is in het eindrapport door verschillende onderzoekers geconstateerd dat het registratiesysteem Bopzis onvoldoende functioneert en weinig bruikbare informatie levert voor de evaluatie. In de eerste evaluatie is vooral ingegaan op de doelstelling *Evaluatie van de Wet Bopz*. De overige twee doelstellingen (vergemakkelijking werkzaamheden parketten en griffies en informatie ten behoeve van de controlerende taak van de Inspectie) kwamen minder (parketten en griffies) tot in het geheel niet (IGZ) aan de orde.

2.2.1 Knelpunten van Bopzis in 1996

Bij de inwerkingtreding van de Wet Bopz is een informatiesysteem ontworpen (Bopzis) waarin gegevens werden verzameld over toepassing van de Bopz. In praktijk bestonden twee registratiesystemen Bopzis: Het ministerie van Justitie hanteerde Bopzis waarin de rechterlijke machtelingen werden verzameld (bijgehouden in het IGZ-bestand Access); het ministerie van VWS verzamelde in Bopzis de inbewaringstellingen. Daarnaast hanteerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een apart systeem, waarin middelen en maatregelen en dwangbehandelingen werden geregistreerd (RIMMP). De bedoeling was dat de systemen van Justitie en VWS onderling gegevens zouden uitwisselen; het systeem RIMMP was hierbij niet betrokken. In de praktijk bleek het echter moeilijk te zijn beide systemen parallel te laten lopen en te koppelen wegens vervuilde bestanden.

Naast deze knelpunten maakten de volgende knelpunten Bopzis onbruikbaar voor de eerste evaluatie Wet Bopz:

- *Betrouwbaarheid*: In de eerste plaats werd Bopzis nog niet bij alle parketten en griffies gebruikt, waardoor per arrondissement geen betrouwbaar beeld kon worden verkregen van het aantal rechterlijke machtelingen.
- *Onvolledigheid*: Tevens kwam naar voren dat het Bopzis niet alle informatie bevat, die nodig

is voor een wetsevaluatie; er werd bijvoorbeeld geen onderscheid gemaakt naar type instellingen waar patiënten opgenomen worden, er ontbrak een registratiemogelijkheid voor IBS-beëindigingen en de reden voor afwijzing van een vordering, en er was bij parketten en griffies slechts op schriftelijke lijsten te zien hoeveel vorderingen voor het afgeven van een rechterlijke machtiging zijn ingesteld. Dit probleem hing samen met het feit dat arrondissementsrechtbanken niet verplicht waren overal dezelfde informatie in te voeren (informatie die onduidelijk of onvolledig was (bijvoorbeeld onvolledige of zelfs ontbrekende geneeskundige verklaringen) werd niet ingevoerd). Gegevens werden hierdoor op ongedetailleerde en onvergelijkbare wijze geregistreerd, waardoor een onvolledig beeld is ontstaan van de situatie in een arrondissement.

- *Vergelijkbaarheid*: Bopzis wordt weliswaar centraal beheerd, maar de koppeling van de gegevens die per arrondissement worden aangeleverd, bleek de beheerder niet standaard op geaggregeerd niveau uit te kunnen voeren. Bovendien ontbrak er een centrale controle op de invoer van gegevens. Al deze knelpunten bemoeilijkten de vergelijkbaarheid van informatie tussen de arrondissementen. Daarnaast is het niet mogelijk om zo een betrouwbaar, landelijk beeld te kunnen geven.

2.2.2 Aanpassingen aan het Bopzis

In het kabinetsstandpunt naar aanleiding van de eerste evaluatie is aangegeven dat de gesignaleerde knelpunten van Bopzis bij de tweede evaluatie Wet Bopz moeten zijn verholpen, zodat Bopzis daadwerkelijk als instrument voor geautomatiseerde gegevensverzameling kan dienen. Om dit te bereiken zijn een aantal aanpassingen aan het systeem uitgevoerd. Zoals in de vorige paragrafen beschreven functioneren er sinds de inwerkingtreding van de Wet Bopz twee registratiesystemen: één voor het ministerie van VWS (dit systeem is geïntegreerd met - en ondergebracht bij de IGZ) en één voor Justitie (gebruikt door parketten en griffies). In deze paragraaf worden de aanpassingen aan beide systemen apart besproken. Omwille van de helderheid wordt het Bopzis zoals oorspronkelijk is opgezet, Bopzis I genoemd. Het door IGZ aangepaste Bopzis wordt Bopzis II genoemd. Daar waar gesproken wordt over Bopzis zonder toevoeging van getallen, wordt bedoeld op het registratiesysteem voor de Bopz in algemene zin.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Het ministerie van VWS heeft aan de hand van de aanbevelingen uit de eerste evaluatie Wet Bopz de volgende aanpassingen aan het registratiesysteem doorgevoerd.

- Per 1 januari 2000 hebben VWS en de IGZ besloten de gezamenlijke opbouw en indeling van het systeem van Justitie en VWS op te heffen. De lay-out van beide systemen is veranderd, waardoor gegevens uit het systeem van Justitie niet meer automatisch aan het Bopzis van VWS gekoppeld kunnen worden. Het beheer van het Bopzis is ondergebracht bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Sindsdien werkt de IGZ met een in eigen beheer aangepast Bopzis. De gegevens uit Bopzis I met inbewaringstellingen (IBS), het 'oude' systeem van de IGZ voor registraties van middelen en maatregelen en dwangbehandelingen (RIM-MP), en het systeem voor rechterlijke machtigingen (IGZ-bestand) zijn overgezet naar dit nieuwe systeem Bopzis II. Dit aangepaste systeem beschikt hiermee in principe over gegevens vanaf de invoer van de Wet Bopz (1994).
- In tegenstelling tot Bopzis I kan de IGZ gegevens uitdraaien en terugkoppelen op elk willekeurig niveau.
- De Bopz-coördinator heeft toegang tot alle in het nieuwe systeem geregistreerde gegevens. Hiermee kan de coördinator zelf inspelen op vragen vanuit de Hoofdinspectie of het departement. Autorisaties voor raadplegen c.q. wijzigen/toevoegen worden gegeven via instellings- of regiocodes. Het wijzigen/invoeren van gegevens kan alleen van patiënten, die op dat moment in de eigen regio verblijven. Gegevens inzien kan echter wel van alle regio's

- (met uitzondering van gegevens omtrent dwangbehandeling en middelen en maatregelen).
- In het nieuwe systeem is een lijst met Bopz-aangemerkte instellingen opgenomen. Medewerkers bij de regionale inspectie (zogenaamde Bopz-medewerkers) houden deze lijst met instellingen bij in een apart registratiesysteem, zodat gegevens regelmatig opgeschoond en aangevuld wordt. Dit is ook – in tegenstelling tot de eerste evaluatie Wet Bopz – opgenomen in het codeboek.
 - Het systeem heeft een digitale handleiding, waarin – naast help-functies – besproken wordt welke overzichten op welke gegevens gebaseerd zijn. Dit is in tegenstelling tot de eerste evaluatie, waarbij de handleiding en technische specificaties van het systeem in het codeboek zelf waren opgenomen en niet voor derden beschikbaar.
 - In Bopzis II kan – in tegenstelling tot voorheen – een onderscheid gemaakt worden naar type instelling, is er een mogelijkheid om IBS-beëindigingen (inclusief verslag) te registreren en de reden voor afwijzing van een RM (de reden voor afwijzing van een IBS kan nog niet worden geregistreerd; evenals het behandelingsproces van een patiënt). Deze veranderingen zijn doorgevoerd in het codeboek. Het systeem is zo opgezet, dat er een melding verschijnt als bepaalde verplicht in te vullen velden overgeslagen worden. Hiermee is het knelpunt ondervangen, dat niet overal standaard dezelfde informatie wordt ingevuld en overzichten onbetrouwbare informatie bevatten.

Controle op betrouwbaarheid en aanlevering van gegevens

De betrouwbaarheid van de gegevens, ook in Bopzis II, blijft kwetsbaar op het punt van de meldingstrouw vanuit instellingen, parketten en griffies en gemeenten. De IGZ beschikt niet over maatregelen om ervoor te zorgen dat gegevens op tijd, volledig en accuraat aangeleverd worden. Een centrale controle op de aanlevering en invoer van gegevens is niet voor alle meldingen te realiseren. Daarnaast is de registratietrouw van medewerkers bij de (regionale) IGZ (die de meldingen in het systeem moeten invoeren) van invloed op de betrouwbaarheid van gegevens in Bopzis II. Bij het invoeren van de verschillende vorderingen en beschikkingen is goede administratieve ondersteuning nodig; controle op een goede registratie is vanwege de vele personele wisselingen moeilijk te realiseren.

Wel controlemogelijkheden:

De volgende gegevens kunnen door de IGZ worden gecontroleerd op betrouwbaarheid en daarmee op mate waarin correct wordt aangeleverd:

- *IBS-gegevens*: Conform de Wet Bopz moeten deze gegevens vanuit drie verschillende bronnen aan de IGZ gemeld worden:
 - *Gemeente*: Burgemeester moet binnen 24 uur een IBS melden aan de Inspectie, met een geneeskundige verklaring
 - *Parketten en griffies*: Arrondissementsrechtbanken moeten de al dan niet bekrachtiging van de door de gemeente afgegeven IBS melden aan de Inspectie
 - *Instellingen*: Geneesheren-directeurs moeten conform artikel 58 de beëindiging van een IBS melden aan de Inspectie

Niet alle gemeenten melden elke IBS, die uitgegeven wordt. Daarnaast vergeten instellingen soms IBS-en af te melden. De Inspectie houdt rappellijsten bij van de niet-afgemelde IBS-en. Aan de hand van de aanmelding van een IBS door de arrondissementsrechtbank kan de IGZ de ontbrekende gemeentegegevens aanvullen en zo zorgdragen voor verbetering van de betrouwbaarheid van de gegevens.

- *RM*: Een controle op RM is soms mogelijk bij meldingen van beëindiging RM, verlof of (voorwaardelijk) ontslag. Daarnaast kunnen ook maandelijkse overzichten van instellingen en meldingen van DB uitkomst bieden.

Geen controlemogelijkheden:

DB en M&M Weinig controle op betrouwbaarheid en op correcte aanlevering van gegevens geldt ten aanzien van DB en M&M. Voorafgaand aan een dwangbehandeling moet een rechtelijke machtiging zijn afgegeven. Als een instelling een DB meldt, moet er ook een RM zijn gemeld. M&M hoeven niet in alle gevallen verplicht gemeld te worden. Voor de betrouwbaarheid, actualiteit en volledigheid van deze gegevens is de Inspectie dan ook geheel afhankelijk van de aanlevering vanuit de instellingen. Correcte aanlevering is volgens IGZ eerder praktijk bij de grote instellingen dan bij de kleinere instellingen. Grote instellingen beschikken vaak over protocollen omtrent meldingen en registraties; bij kleinere instellingen is de kans aanzienlijker dat een melding op een medische administratie blijft liggen.

Justitie

Door Justitie zijn na de eerste evaluatie Wet Bopz nauwelijks aanpassingen gedaan aan het Bopzis (hierna te noemen Bopzis I). Het systeem heeft een nieuw tekstverwerkingsprogramma gekregen, zodat parketten en griffies eventuele motiveringen en achtergronden bij meldingen makkelijker kunnen verwerken. Foutief ingevoerde gegevens kunnen gewijzigd worden, wat voorheen slechts via de centrale beheerder van het Bopzis kon gebeuren. Parketten en griffies werken nog met het oorspronkelijke Bopzis en melden op grond van het systeem gegevens over RM en IBS schriftelijk bij de IGZ, waar ze door de IGZ handmatig in Bopzis II worden ingevoerd. Parketten en griffies zien Bopzis I hoofdzakelijk als eigen administratiemiddel, maar zouden ook nog grotendeels eigen schriftelijke dossiers bijhouden, aldus diverse respondenten. Ten tijde van de eerste evaluatie Wet Bopz werden er weinig gegevens aangeleverd vanuit arrondissementsrechtbanken. De aanlevering van gegevens vanuit arrondissementsrechtbanken naar de IGZ is de laatste jaren frequenter, vollediger en nauwkeuriger geworden. Dit komt volgens de IGZ grotendeels omdat parketten en griffies Bopzis I meer en beter zijn gaan gebruiken in vergelijking met de eerste evaluatie. Toch zijn er nog steeds een aantal parketten en griffies die niet met het systeem werken, vanwege de geringe gebruiksvriendelijkheid van het systeem en de beperkte mogelijkheden van de output.

Sinds de inwerkingtreding van de Wet Bopz in 1994 is de zogenaamde Gebruikersraad ingesteld. Dit orgaan heeft als taak het opzetten en testen van Bopzis² en is samengesteld uit³:

- Vertegenwoordiging van het Openbaar ministerie
- Arrondissementsrechtbanken
- Rechters
- Officieren van Justitie
- Vertegenwoordiging van de IGZ

Sinds 1999 is de Gebruikersraad niet meer bij elkaar geweest. Het doel van de Gebruikersraad was het in kaart brengen van de wensen van de gebruikers van Bopzis I. Naast het testen van het systeem, is de Gebruikersraad bezig geweest met het afwegen van het belang van een wijziging aan het systeem: wat zijn voor wie de kosten en de baten van een verandering? Vanuit de Gebruikersraad bestonden plannen om veranderingen door te voeren aan het registratiesysteem voor parketten en griffies. Onduidelijk is of hierbij gedacht werd aan een geheel nieuw systeem speciaal voor parketten en griffies, of aan integratie met Bopzis II. Sinds kort worden volgens de IGZ de contacten tussen Justitie en de IGZ weer aangehaald.

² Dit betreft het Bopzis ten tijde van de eerste evaluatie Wet Bopz; Bopzis I.

³ Geïnterviewden konden niet aangeven waarom het Ministerie van VWS niet betrokken was bij de Gebruikersraad.

2.3 Opbouw van Bopzis II

In deze paragraaf wordt besproken hoe Bopzis II is opgezet, welke informatie het systeem bevat en wie verantwoordelijk zijn voor het aanleveren van informatie.

2.3.1 Opzet en inhoud Bopzis II

Nadat in januari 2000 drie bestanden (IBS, M&M en RM) aan elkaar gekoppeld zijn, ontstonden dubbeltellingen van patiënten die in meerdere registratiesystemen voorkomen. Ook op een andere manier zijn dubbeltellingen ontstaan: Als er in een bepaalde regio geen plek is voor een patiënt, wordt hij tijdelijk in een andere regio geplaatst. Deze patiënten worden dus twee keer aangemeld. Bij het aanpassen van het systeem in januari 2000 heeft elke patiënt daarom een uniek patiëntnummer gekregen, waardoor dubbeltellingen uit het bestand te filteren zijn (dubbeltellingen in IBS als gevolg van technische onvolkomenheden zijn echter nog niet verwijderd). In deze unieke identificatiecode is een code voor de regio en de locatie waar de patiënt is opgenomen verwerkt. Naast de patiëntgegevens zijn per patiënt 6 tabbladen opgenomen, waar gegevens ingevoerd zijn over IBS, M&M, DB, RM, artikel 60-indicatie en wie verantwoordelijk is voor het beheer van de patiëntgegevens.

De registratie van de meldingen vindt plaats op patiëntennaam. Bopzis II bevat een uitgebreid overzicht van patiëntgegevens, waaronder naam, geboortedatum en gemeente. Aan de persoonsgegevens van de patiënt zijn vijf modules verbonden, die betrekking hebben op de verschillende meldingen: inbewaringstelling (IBS), middelen en maatregelen (M&M), dwangbehandeling (DB), rechterlijke machtiging (RM), artikel 60-indicatie. In deze modules (weergegeven door tabbladen) staan de gegevens, waaronder aanvang en beëindiging van de vordering, diagnoses en bevindingen, aard van het gevaar, overplaatsingen, beheer. Naast alle patiëntgegevens bevat het systeem ook gegevens van instellingen die Bopz-aangemerkt zijn, zoals de naam, het type instelling en de locatie c.q. het bereik. Deze gegevens worden in een apart systeem ingevoerd en bijgehouden; vanuit het Bopzis is deze informatie te raadplegen. Per instelling zijn gegevens opgenomen aantallen patiënten die bij de betreffende instelling zijn ondergebracht met een IBS, M&M, DB, RM of artikel 60-indicatie en in welke gemeente de patiënten wonen.

Het registratiesysteem is opgezet na inwerkingtreding van de Wet Bopz en zou in principe gegevens vanaf 1994 moeten bevatten. In de praktijk blijkt dit niet zo te zijn; in 1994 is begonnen met het registreren van IBS; M&M wordt sinds 1996 geregistreerd; RM sinds 1998 en verlof en ontslag sinds 2000.

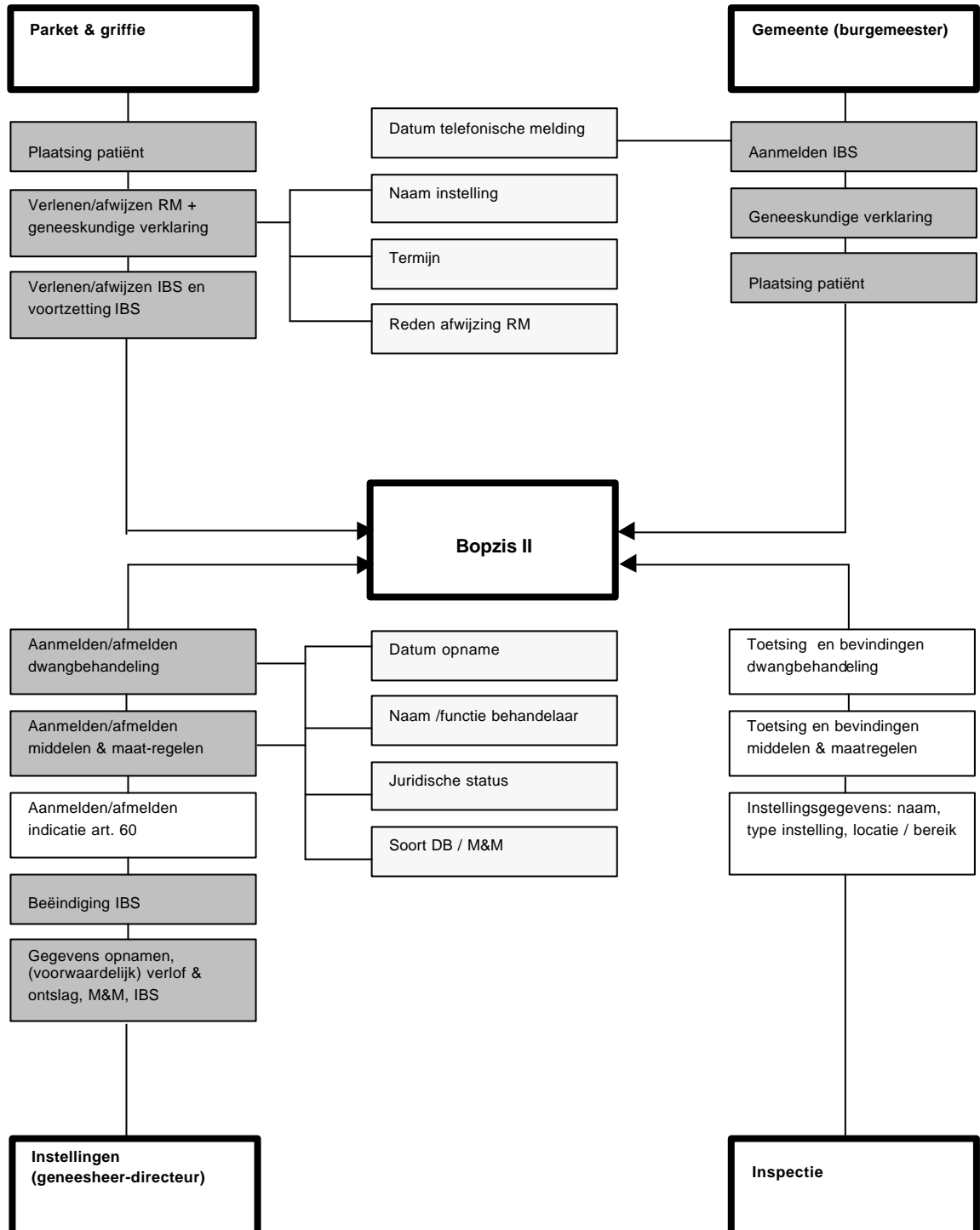
Het systeem is zo opgebouwd dat er een melding komt als verplicht in te vullen schermvelden worden overgeslagen. Dit zorgt ervoor dat gegevens over vorderingen en beschikkingen volledig worden ingevuld.

2.3.2 Informatiebronnen

Vanuit verschillende bronnen wordt informatie aan Bopzis II geleverd. In figuur 2.1 staat een schematisch overzicht van de input die aan het systeem geleverd wordt, welke informatie vanuit de Wet Bopz verplicht gemeld moet worden aan de IGZ en wie verantwoordelijk is voor het aanleveren van de informatie. De IGZ en arrondissementsrechtbanken beschikken zelf over het systeem Bopzis, waar zij gegevens invoeren en die zij kunnen raadplegen voor respectievelijk alle gegevens (IGZ) of gegevens over het eigen arrondissement (parketten en griffies). Instellingen en gemeenten leveren meldingen schriftelijk of telefonisch aan bij de (regionale) IGZ, alwaar ze door medewerkers van de (regionale) IGZ in Bopzis II ingevoerd worden.

De Wet Bopz geeft aan dat bepaalde vorderingen en beschikkingen verplicht bij de Inspectie aan- en afgemeld moeten worden. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij gemeenten (via burgemeester), dan wel bij instellingen (via geneesheer-directeur) dan wel bij arrondissementsrechtbanken (via parket en griffie). Deze informatie, die volgens de wet verplicht moet worden geregistreerd, is in het codeboek opgenomen. Naast de verplichte meldingen bevat het codeboek ook nog andere gegevens. In figuur 2.1 is dit te zien. In hoofdstuk 3 wordt hier nader op ingegaan. Opvallend is dat sommige gegevens –volgens de Wet Bopz verplichte meldingen – volgens het codeboek niet verplicht in Bopzis II ingevoerd hoeven te worden.

Figuur 2.1 Overzicht informatie-aanlevering Bopzis II (de grijze vlakken zijn verplichte meldingen conform de Wet Bopz; de gestippelde velden zijn de wettelijke verplichte registraties, die in het codeboek als niet verplicht in te vullen velden zijn aangemerkt)



2.3.3 Beheer Bopzis II

De IGZ is de centrale beheerder van Bopzis II. Bij de IGZ is de Bopz-coördinator verantwoordelijk voor het functioneren van het systeem, het verwerken van de gegevens en het bewaken van de kwaliteit en betrouwbaarheid van de informatie in het systeem. Dit houdt onder andere ook in dat de Bopz-coördinator belast is met het op orde brengen van het systeem, verwijderen van dubbeltellingen van patiënten en het opschonen van de informatie. De regionale inspecties hebben eigen Bopz-medewerkers, die binnen hun eigen organisatie verantwoordelijk zijn voor Bopz-zaken.

De IGZ is één van de belangrijkste gebruikers van Bopzis II, die uit hoofde van het houden van toezicht (zowel op het aanleveren van gegevens, als op het naleven van wettelijke bepalingen) belang heeft bij een zo betrouwbaar mogelijk registratiesysteem. In hoofdstuk 3 wordt verder ingegaan op de taken van de IGZ en de manier waarop informatie uit Bopzis II hierbij gebruikt wordt.

2.4 Samenvattende conclusie

Tijdens de eerste evaluatie Wet Bopz zijn een aantal knelpunten naar voren gekomen over het functioneren en de bruikbaarheid van Bopzis. Bopzis bleek niet geschikt te zijn voor het leveren van bruikbare informatie voor wetsevaluaties, terwijl dit één van de doelstellingen is van het systeem.

Justitie (parketten en griffies) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg hanteren vijf jaar na de eerste evaluatie twee verschillende registratiesystemen, die niet te koppelen zijn. De aanbevelingen uit de eerste evaluatie omtrent het Bopzis zijn door de IGZ grotendeels doorgevoerd tot Bopzis II. In dit systeem zijn de knelpunten en ontbrekende gegevens, zoals geconstateerd in de eerste evaluatie in principe opgelost.

Bij Justitie zijn de aanpassingen minimaal geweest en wordt feitelijk nog gewerkt met het oorspronkelijke Bopzis (Bopzis I). Parketten en griffies werken dan ook nog met Bopzis I. Wel zijn er plannen om een nieuw systeem voor parketten en griffies op te zetten, waarbij ook beter afgestemd met en teruggekoppeld kan worden naar de IGZ. Onduidelijk is nog of gedacht wordt aan een omzetting naar Bopzis II.

In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag hoe Bopzis I en Bopzis II beoordeeld worden door de gebruikers.

3

Beoordeling van het Bopzis door de gebruikers

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk volgt de beoordeling van het Bopzis door de verschillende gebruikers. Uitgangspunt in de beoordeling zijn de drie doelstellingen van het Bopzis. Deze zullen in dit hoofdstuk de revue passeren vanuit het oogpunt van respectievelijk de IGZ, parketten en griffies en onderzoekers in het kader van de Wet Bopz.

3.2 Oordeel van gebruikers over het Bopzis

3.2.1 Inspectie voor de Gezondheidszorg

Het Bopzis moet volgens één van haar doelstellingen de toezichthoudende taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ten aanzien van de Wet Bopz ondersteunen. Deze toezichthoudende taak strekt zich alleen uit tot de instellingen; bij gemeenten en parketten en griffies worden door de IGZ geen toezichtbezoeken gehouden. Daarnaast moet het Bopzis cijfermatige informatie genereren waarmee de IGZ jaarrapportages kan opstellen.

De IGZ controleert of instellingen voldoen aan de uitvoering van de Wet Bopz; dit doen zij door toezichtbezoeken te houden. Deze controle gebeurt aan de hand van een uitdraai van gegevens uit Bopzis II bij de Hoofdinspectie of de regionale inspectie. Bij de medische administraties worden gegevens gecontroleerd omtrent IBS, RM, DB en M&M: aantallen uitgeschreven vorderingen en beschikkingen, termijnen waarop ze uitgevoerd worden en achtergronden. In het kader hiervan worden ook de behandelplannen geëvalueerd; soms worden dossiers van patiënten doorgenomen, of wordt met patiënten zelf gesproken. De IGZ toetst DB en M&M op de zorgvuldigheid van de beslissing en van de uitvoering. De bevindingen van deze toetsing hoeven niet verplicht in Bopzis II ingevoerd te worden. IBS en RM worden niet expliciet getoetst; wel wordt de procedurele gang van zaken rondom IBS en RM bekeken, zij het globaler dan bij DB en M&M. Aan afwijzingen van IBS en RM wordt echter wel uitgebreider aandacht besteed.

In de praktijk blijken volgens de geraadpleegde regionale inspectie en de Bopz-coördinator de overzichten uit Bopzis II in grote lijnen te kloppen met de informatie volgens de medische administraties van instellingen. Bij verschillen tussen de gegevens uit beide bronnen is dit in de meeste gevallen te wijten aan de nalatigheid in de meldingen vanuit de instellingen: meldingen blijven te lang liggen, waardoor de actualiteit van gegevens in Bopzis II te wensen overlaat; vorderingen of beschikkingen worden niet aan de IGZ doorgegeven; beëindigingen van vorderingen of beschikkingen worden niet aan de IGZ gemeld. Sommige instellingen zijn niet bekend

met de procedure van het melden van vorderingen en beschikkingen; sommige gemeenten melden IBS niet (vaak ook omdat het weinig voorkomt). In zulke gevallen grijpt de IGZ in door de betreffende verantwoordelijke alsnog te verzoeken de gegevens aan te leveren.

Veel instellingen hanteren een dubbele administratie: naast schriftelijke meldingen voor Bopzis II houden zij nog een eigen administratie bij. Deze administraties van de instellingen zelf zijn vaak veel uitgebreider dan de informatie voor Bopzis en bevatten ook onderwerpen die niet Bopz-gerelateerd zijn. De IGZ geeft aan bij de toezichtbezoeken meer inzicht in (achtergrond)informatie te krijgen dan de gegevens in Bopzis II laten zien (zoals bijvoorbeeld het aantal weggelopen patiënten; uitgebreidere informatie omtrent verlof en ontslag). In dat opzicht zou de informatie in Bopzis II volgens de IGZ uitgebreid mogen worden.

De IGZ gebruikt Bopzis II eveneens voor het genereren van cijfermatige informatie ten behoeve van het opstellen van de jaarrapportages. In deze jaarrapportages wordt een klein deel besteed aan registraties in het kader van de Wet Bopz, waarbij cijfers weergegeven worden over het aantal aan de IGZ gemelde IBS, DB, M&M en Bopz-klachten per inspectie-regio. (NB. Bopz-klachten worden wel gemeld aan en geregistreerd door de IGZ, maar niet in Bopzis II ingevoerd.) Afgezien van de knelpunten, die ook bij de toezichthoudende taak van de IGZ aan de orde zijn gekomen, kan goed gebruik gemaakt worden van Bopzis II voor het opstellen van de jaarrapportages.

Bopzis II is volgens de IGZ een gebruiksvriendelijk systeem, dat veel informatie levert. De gegevens zijn op elk willekeurig niveau te genereren: per arrondissement, regionaal en landelijk. Kritiek is er op de analysemogelijkheden van het systeem: er zijn slechts enkele standaard uitdraaien mogelijk, terwijl er veel informatie wordt opgeslagen.

3.2.2 Parket en griffie

Een tweede doelstelling van het Bopzis is het vergemakkelijken van de taak van parketten en griffies. In de eerste evaluatie werd de taak van parketten en griffies niet verlicht door het Bopzis. Knelpunten waren toen:

- Niet alle parketten en griffies gebruiken het Bopzis.
- Bij parketten en griffies is slechts op schriftelijke lijsten te zien hoeveel vorderingen voor het afgeven van een rechterlijke machtiging zijn ingesteld.
- Arrondissementsrechtbanken zijn niet verplicht overal dezelfde informatie in te voeren, waardoor gegevens op ongedetailleerde en onvergelijkbare wijze worden geregistreerd, en een onbetrouwbaar beeld ontstaat van de situatie in een arrondissement.

Uit gesprekken met enkele parketten en griffies is in deze tweede evaluatie gebleken dat genoemde knelpunten nog steeds bestaan:

- Een belangrijk knelpunt betreft de beperkte mogelijkheden van de output van het systeem. Niet alle informatie die in Bopzis I aanwezig is, is ook daadwerkelijk op te vragen en uit te draaien. In bepaalde gevallen zijn eenmaal ingevoerde gegevens niet meer in het systeem terug te vinden. Het gevolg hiervan is dat veel parketten en griffies een dubbele administratie bijhouden: gegevens over het aantal afgegeven RM worden naast Bopzis I ook handmatig bijgehouden. Bij het door parketten en griffies regelmatig vergelijken van handmatig genoteerde gegevens en de informatie volgens Bopzis I, blijken er vaak grote verschillen te zitten tussen de beide bronnen. De geraadpleegde parketten en griffies geven daarom aan dat zij grote twijfels over de betrouwbaarheid van de gegevens in Bopzis I hebben. Sommige parketten en griffies werken daarom zelfs helemaal niet met het systeem.

- Eenmaal ingevoerde informatie kan moeilijk gewijzigd worden. Fouten in patiëntgegevens zijn – in tegenstelling tot enkele jaren geleden – wel te wijzigen; overige fouten moeten via de Facilitaire Dienstverlening Rechterlijke Organisatie van het ministerie van Justitie hersteld worden. Deze omslachtige werkwijze werkt vervuiling van bestanden in de hand.
- De transparantie van Bopzis I laat volgens de geraadpleegde parketten en griffies te wensen over. In het systeem staan bijvoorbeeld veel afkortingen en codes, waarvan het de parketten en griffies niet duidelijk is waar ze voor staan; volgens hen is het ook niet mogelijk hier een toelichting op te krijgen.
- Er is weinig ruimte voor het noteren van motiveringen of achtergrondinformatie.
- Daarnaast zijn verwijzingen en overplaatsingen van patiënten tussen regio's moeilijk in te voeren en te verwerken; een koppeling tussen arrondissementsrechtbanken onderling is niet aanwezig. Het parket moet eerst opnieuw een vordering uitgeven van een patiënt, zodat deze opnieuw aangemeld en ingevoerd kan worden, waardoor patiënten meerdere keren in het systeem kunnen voorkomen.
- De lijst met instellingen, die in het systeem staan is niet actueel. Patiënten worden soms overgeplaatst of doorverwezen naar foutieve of niet bestaande instellingen. Het is volgens de geïnterviewde parketten en griffies onduidelijk wie er verantwoordelijk is voor het bijhouden en aanpassen van de meest recente lijst met instellingen.
- Ook door parketten en griffies is opgemerkt, dat de betrouwbaarheid van de informatie in Bopzis I sterk afhankelijk is van de registratietrouw van medewerkers en dat het ontbreekt aan sancties om correcte aanlevering te garanderen.

De doelstelling dat het Bopzis de werkzaamheden van parketten en griffies moet vergemakkelijken, blijkt ook in deze evaluatie niet behaald. De geraadpleegde parketten en griffies geven aan meer hinder dan gemak van het Bopzis I te ervaren. Een belangrijke rol in dit oordeel speelt de hierboven beschreven gebruikersonvriendelijkheid van het (oude) systeem. In praktijk zouden veel parketten en griffies daarom een dubbele administratie bijhouden. Naast het Bopzis I waarin de personalia van patiënten en gegevens rondom vorderingen en beschikkingen worden bijgehouden, houdt men papieren dossiers bij. Een goed functionerend Bopzis zou volgens parketten en griffies de werkzaamheden zeker kunnen vergemakkelijken.

3.2.3 Onderzoekers

Een derde doelstelling van het Bopzis betreft het mogelijk maken van evaluaties van de Wet Bopz. De derde groep gebruikers van het Bopzis zijn dan ook de onderzoekers die de tweede evaluatie van de Wet Bopz uitvoeren.

Tijdens de eerste evaluatie Wet Bopz (1996) konden niet alle onderzoekers adequaat gebruik maken van informatie uit het Bopzis en waren daarom genooddaakt andere informatiebronnen te raadplegen.

Bij de tweede evaluatie Wet Bopz zijn in totaal zeven deelonderzoeken opgenomen, waarbij vijf onderzoeken behoefte hadden aan kwantitatieve gegevens rond de Bopz. Vier van hen hebben gebruik gemaakt van gegevens uit Bopzis II; één onderzoeksbureau geeft aan dat de voor het onderzoek relevante gegevens wel in het codeboek zitten, maar vanwege de beperkte outputmogelijkheden van het systeem niet in overzichten zijn weer te geven. Dit betreft met name de strafrechtelijke titels.

In de overige onderzoeken is naast Bopzis II gebruik gemaakt van andere informatiebronnen en registraties, zoals de jaarrapportages van de IGZ, gegevens van Prismant, het ministerie van Justitie, de registratie van de Stichting Patiënten VertrouwensPersoon (PVP), enquêtes onder algemeen psychiatrische ziekenhuizen en de PIGGZ-registratie. Deze bronnen zijn geraadpleegd ter verificatie van en als aanvulling op gegevens in Bopzis II.

Op het moment van de enquête kan het merendeel van de onderzoekers nog weinig zeggen over de volledigheid, betrouwbaarheid en bruikbaarheid van gegevens uit Bopzis II. Eén onderzoeksbureau had hier echter wel inzicht in, en besloot op basis van de onvolledigheid van de gegevens uit Bopzis II (in principe wel in codeboek, maar aanlevering door toeleveranciers bleef achter) door middel van enquêtes bij medische administraties van psychiatrische ziekenhuizen alsnog de benodigde informatie te verzamelen.

Over het algemeen levert het codeboek volgens de onderzoekers een duidelijk inzicht in de in Bopzis II opgenomen gegevens. Knelpunten, die onderzoekers tijdens de eerste evaluatie hebben ervaren, zijn in Bopzis II opgelost, te weten:

- Het ontbreken van onderscheid naar type instellingen waar patiënten opgenomen worden
- Het ontbreken van een registratiemogelijkheid voor IBS-beëindigingen
- Het ontbreken van een registratiemogelijkheid voor de reden voor afwijzing van een IBS

Toch plaatsen de onderzoekers enkele nieuwe kanttekeningen bij Bopzis II, met name gericht op de onvolledigheid van de verschillende gegevens over alle jaren sinds de inwerkingtreding van de Wet Bopz. Er is behoefte aan de volgende meer specifieke gegevens (die zowel in het codeboek als in het systeem opgenomen zouden moeten worden):

- Het verplicht laten registreren van Bopz-klachten in Bopzis
- Het opnemen van strafrechtelijke titels
- Het onderscheid in registraties van middelen en maatregelen tussen vrijwillig en niet-vrijwillig opgenomen patiënten

Het is de vraag of bovenstaande 'wensen' daadwerkelijk in Bopzis II moeten worden opgenomen. Bopz-klachten worden momenteel apart geregistreerd in het meldingen- en calamiteitenprogramma van de IGZ (Insight) en zijn daarom niet in Bopzis II opgenomen. In Bopzis II staat vermeld of een patiënt met een TBS is opgenomen; andere strafrechtelijke titels zijn niet Bopz-gerelateerd en worden daarom niet in het systeem geregistreerd. Bopzis II is tenslotte een systeem dat opgezet is in het kader van de Wet Bopz; vandaar dat Bopzis II alleen Bopz-gerelateerde gegevens verzamelt en registreert. Registraties van vrijwillig opgenomen patiënten vallen hierdoor niet onder het bereik van Bopzis II.

Volgens de onderzoekers kan naast de inhoud van het systeem vooral de aanlevering van gegevens aan Bopzis II verbeterd worden: data van beëindigingen van beschikkingen ontbreken nog vaak, evenals de redenen, gegevens omtrent verlof en ontslag zijn summier of ontbreken volledig. Ook lijken eenduidige richtlijnen omtrent het registreren van middelen en maatregelen te ontbreken: als een periode waarin middelen en maatregelen gedurende lange tijd worden toegepast, wordt onderbroken door enkele dagen/weken zonder M&M, kan moeilijk achterhaald worden hoe deze melding opgevat wordt in de registratie in Bopzis II⁴.

Al met al blijkt Bopzis II voor onderzoekers, waar het de opzet betreft bruikbaar en geschikter dan tijdens de eerste evaluatie Wet Bopz. De vulling van het Bopzis blijft echter achter als gevolg van slechte aanlevering van gegevens.

⁴ Bijvoorbeeld als twee verschillende meldingen, of als één melding verminderd met het aantal dagen zonder middelen en maatregelen.

4

Conclusies en aanbevelingen

4.1 Conclusies

De meest opvallende conclusie uit het onderzoek is dat vijf jaar na de eerste evaluatie van de Wet Bopz, twee verschillende Bopzis registratiesystemen naast elkaar bestaan die niet te koppelen zijn. Het systeem van (voorheen VWS, nu) de IGZ is naar aanleiding van knelpunten uit de eerste evaluatie Wet Bopz (1996) aangepast (Bopzis II). Het systeem van Justitie (Bopzis I) kent in hoofdlijnen dezelfde knelpunten. Meer in detail kan ten aanzien van beide systemen het volgende worden geconcludeerd:

- De mogelijkheden, de gebruiksvriendelijkheid en de betrouwbaarheid van de gegevens in Bopzis I, zoals nog steeds gebruikt door parketten en griffies, laten te wensen over, waardoor de geïnterviewde parketten en griffies het systeem als hinderlijk ervaren in plaats van – zoals bedoeld - een vergemakkelijking van het werk. Hoewel deelname aan Bopzis I door parketten en griffies sterk is verbeterd ten opzichte van de eerste evaluatie, gebruiken nog steeds niet alle parketten en griffies Bopzis I. Daarnaast houden veel parketten en griffies nog een eigen schriftelijke administratie bij. Bij parketten en griffies is slechts op schriftelijke lijsten te zien hoeveel vorderingen voor het afgeven van een rechterlijke machtiging zijn ingesteld. Arrondissementsrechtbanken zijn niet verplicht overal dezelfde informatie in te voeren, waardoor gegevens op ongedetailleerde en onvergelykbare wijze worden geregistreerd, en een onbetrouwbaar beeld ontstaat van de situatie in een arrondissement;
- IGZ heeft de verbeterpunten uit de eerste evaluatie doorgevoerd tot Bopzis II; een *opzet* waarover zowel IGZ als onderzoekers zich in grote lijnen tevreden tonen. De opzet is aanmerkelijk verbeterd, uitgebreid en biedt meer mogelijkheden tot analyses. In voorgaande hoofdstukken zijn suggesties voor verdere verbetering van de opzet van Bopzis II gedaan. Belangrijk knelpunt echter is conform de eerste evaluatie van de Wet Bopz wederom de *aanlevering van de gegevens* die achterblijft en resulteert in onvolledige en daarom onbetrouwbare data. De afhankelijkheid bij de IGZ van de (meldings- en registratietrouw van de) verschillende 'toeleveranciers' van gegevens is groot. Enkele gegevens kunnen door de IGZ gecontroleerd worden op juistheid, waardoor ook controle op correcte aanlevering mogelijk is, en druk kan worden uitgeoefend bij de betreffende toeleveranciers tot verbetering. Een aantal gegevens kunnen echter niet worden gecontroleerd, waardoor evenmin toezicht op correcte aanlevering mogelijk is.

4.2 Aanbevelingen

- Bopzis I dient omgevormd te worden naar Bopzis II. Daarmee wordt aparte invoer van gegevens uit Bopzis I bij IGZ overbodig en wordt een belangrijke stap gezet in de richting van een oplossing van de gesignaleerde knelpunten bij parketten en griffies.
- Het aantal verplicht in te vullen velden in Bopzis II (opgenomen in de Wet Bopz) zou uitgebreid moeten worden. Nu komt het nog voor dat sommige volgens de Wet Bopz verplichte meldingen in het codeboek niet verplicht hoeven te worden ingevuld.
- Om onderzoek in het kader van de Wet Bopz en de taken van de IGZ beter te kunnen ondersteunen, moet gekeken worden naar uitbreiding van analysemogelijkheden (bijvoorbeeld verschillende koppelingen tussen meldingen en instellingen).
- Zoals ook in de eerste evaluatie als belangrijk knelpunt naar voren is gekomen, is de centrale *controle* op de toelevering van gegevens slechts voor een beperkt aantal gegevens mogelijk. In dit onderzoek blijkt dat dit knelpunt nog steeds bestaat. Nagedacht moet worden over betere controlemogelijkheden op de correcte aanlevering, en vervolgens ook over mogelijkheden om verbetering van aanlevering te bewerkstelligen. Wellicht is het te overwegen controlemomenten in te bouwen omtrent RM, DB en M&M door gegevens in Bopzis II te vergelijken met gegevens op administraties van arrondissementsrechtbanken (RM) en op medische administraties van instellingen (M&M). Een ander, meer globaler controlemogelijkheid is het maken van tussentijdse evaluaties aan de hand van tijdreeksen: steekproefsgewijs worden meldingen van RM en M&M (maar wellicht ook van DB) bijgehouden. Opvallende afwijkingen worden nader onderzocht. Ten aanzien van de controle en vervolgens de handhaving rond aanlevering dient nader overleg tussen IGZ en het ministerie van Justitie plaats te vinden.
- Om de verschillende bronnen, die verantwoordelijk zijn voor het aanleveren van gegevens, te stimuleren tot het volledig, tijdig en accuraat melden van vorderingen en beschikkingen, dient het voordeel van het systeem en het belang van goede registratie voor alle betrokkenen duidelijk gemaakt te worden. Om dit te realiseren kan gedacht worden aan het aansluiten van instellingen op Bopzis II, zodat zij meldingen direct in het systeem in kunnen voeren, en voor bijvoorbeeld de eigen regio kunnen uitdraaien. Er kan eventueel gekozen worden om de grote gemeenten aan te sluiten op het systeem. In de grote gemeenten komen relatief vaker gedwongen opnamen voor dan in de kleinere gemeenten, die op jaarbasis met slechts enkele gedwongen opnamen te maken hebben. Aansluiten van alle gemeenten op Bopzis II zou daarom een te grote stap zijn, die wellicht in de praktijk niet voor alle gemeenten even efficiënt is. Het aansluiten van gemeenten en instellingen op Bopzis II zou de actualiteit van de gegevens in Bopzis II kunnen bevorderen, ontlast de IGZ en leidt tot grotere volledigheid. Te denken valt eveneens aan het (periodiek) terugkoppelen van de ingevoerde gegevens aan gemeenten, instellingen en arrondissementsrechtbanken op bijvoorbeeld het eigen regioniveau afgezet tegen landelijk niveau. Het volledig en actueel houden van gegevens uit de eigen instelling dient daarmee ook het eigenbelang van de toeleveranciers.

Literatuur

Dijkers, W. 2000

Kroniek van de Wet Bopz, 1997, 1998 en 1999.

In: *Trema*. Nr. 2, pp. 60-66, 2000.

Evaluatiecommissie Wet Bopz 1996

Wet Bopz Evaluatierapport. Tussen invoering en praktijk.

Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996.

Inspectie voor de Gezondheidszorg 1996

Zorg onder beperking.

Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1996

Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997

Jaarrapportage IGZ.

Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1997.

Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998

Jaarrapportage IGZ.

Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1998.

Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999

Jaarrapportage IGZ.

Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1999.

Inspectie voor de Gezondheidszorg 2000

Jaarrapportage IGZ.

Rijswijk: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2000.

Inspectie voor de Gezondheidszorg 1999

Zorg onder beperking opnieuw bekeken.

Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1999.

Keizer, M.P. e.a. 1996

Wet Bopz: Onvrijwillige opnameprocedures.

Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996.

Ministerie van Justitie 1992

Detailontwerp Bopz-informatiesysteem. Bijlagen.

Rijswijk: Ministerie van Justitie, 1992.

Ministerie van Justitie 1994

Handleiding Bopzis.

Rijswijk: Ministerie van Justitie, 1994.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Justitie 1997

Kabinetsstandpunt Evaluatie Wet Bopz.

Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1997.

Scholten, C.M. en F.J. Tjadens 1996

Wet Bopz: Verkommerden en verloederden.

Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1996.

Evaluatie

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Deelonderzoek 9: De Wet Bopz in de forensische psychiatrie

*Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen,
Sectie Forensische Psychiatrie en Psychologie
Universiteit Utrecht*

Mr. J.E. Beekman
Dr. F. Koenraad

Inhoud

Samenvatting	5	
1	Introductie	7
1.1	Achtergrond	7
1.2	Forensische psychiatrie als begrip	9
1.3	Opbouw van dit rapport	9
2	Opzet van het onderzoek	11
2.1	Vraagstelling	11
2.2	Methoden	12
2.3	Afbakening	13
3	De infrastructuur	15
3.1	De organisatie	15
3.2	Het juridisch raamwerk	19
4	De praktijk - per juridische titel	23
4.1	De strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis	23
4.2	De terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging	36
4.3	De tbs met proefverlof	46
4.4	De voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege	48
4.5	De tbs met voorwaarden	49
4.6	De overplaatsing vanuit een tbs-kliniek	51
4.7	De overplaatsing vanuit het gevangeniswezen	54
4.8	De overbrenging vanuit het gevangeniswezen naar onder meer een verslavingskliniek	60
4.9	De maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen	62
4.10	De overplaatsing vanuit een justitiële jeugdinrichting	65
4.11	Gedeeltelijke niet-tenuitvoerlegging van de PIJ-maatregel of jeugddetentie	67
4.12	De plaatsing ter observatie	68
4.13	De plaatsing ten behoeve van een pro-justitia rapportage	69
4.14	De bijzondere voorwaarde bij vonnis	70
4.15	Het voorwaardelijke sepot	73
4.16	De schorsing van de voorlopige hechtenis onder voorwaarden	75
4.17	De voorwaardelijke gratieverlening	76
4.18	Beschouwing	76

5	De praktijk - vervolg	79
5.1	De justitiabele als patiënt	79
5.2	De interne rechtspositie van de Wet Bopz in de forensische psychiatrie	85
5.3	Instanties	91
5.4	Transparantie van en bekendheid met de wet	93
5.5	Ethiek	94
5.6	Beheer en management	95
5.7	Conclusie	96
6	Slot	99
6.1	Beschouwing	99
6.2	Aanbevelingen	101
	Literatuur	107
	Afkortingen	115
	Bijlagen	
1	samenstelling van de adviesgroep	117
2	interview-onderwerpen	119
3	geïnterviewde referenten	121
4	deelnemers expert-meeting	123

Samenvatting

Dit rapport bevat het verslag van een onderzoek naar de rol van de Wet Bopz in de forensische psychiatrie. Dit onderzoek werd uitgevoerd ten behoeve van de tweede evaluatie van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) en is verricht van 1 december 2000 tot 1 december 2001.

Uitgangspunt van het onderzoek naar de rol van de Wet Bopz in de forensische psychiatrie vormt deze Wet Bopz in actie. Enerzijds volstaat onderzoek naar de rechtspositie in engere zin dan niet. Anderzijds is het veld van onderzoek beperkt tot de werkingsfeer van de wet Bopz met inbegrip van de conflictsituaties ten aanzien van andere regelgeving die zich hierbij voordoen.

In de onderhavige wetsevaluatie staan de doelmatigheid, het rechtsgehalte en de transparantie binnen het kader van de Wet Bopz centraal en wel met betrekking tot een bijzondere groep: de psychisch gestoorde gedetineerden die onder het regime van die wet ressorteren. Tevens wordt ingegaan op de humanisering, de behandeling, de bejegening en de veiligheid.

Als centrale vraagstelling voor dit onderzoek luidt: In welke mate worden forensisch psychiatrische patiënten in Bopz-instellingen opgenomen? In hoeverre rijzen daarbij problemen die direct of indirect met de wettelijke regelingen samenhangen? Sluiten de wettelijke regelingen (Wet Bopz, WGBO, Pbw, Bvt, BJJ) goed op elkaar aan?

Na een korte introductie en achtergrondschets in hoofdstuk 1 volgt in hoofdstuk 2 een verantwoording van de opzet; de vraagstelling, de methoden en de markering van het onderzoek. Hoofdstuk 3 bevat een beschrijving van de organisatiestructuur van voornamelijk residentiële instellingen waar forensisch psychiatrische patiënten verblijven onder het regime van de Wet Bopz, waarna een opsomming volgt van de op deze populatie betrekking hebbende juridische titels. Kortom in dit hoofdstuk worden de contouren aangegeven waarbinnen de Wet Bopz in de forensische psychiatrie opereert.

In hoofdstuk 4 worden de juridische titels, op grond waarvan justitiabelen terecht kunnen komen in een instellingen van de geestelijke gezondheidszorg, afzonderlijk besproken in samenhang met de problemen die zich daarmee qua interne en externe rechtspositie voordoen. Het hoofdstuk laat zien de hoeveelheid aan modaliteiten die in de praktijk veel onduidelijkheden met zich mee kunnen brengen. Het plaatsen van patiënten met verschillende rechtsposities die zich op één afdeling bevinden wordt als onwenselijk beschouwd. Aan de andere kant behoeven de medewerkers slechts te werken met de WGBO en, afhankelijk van de onderliggende juridische titel, met de Wet Bopz dan wel een deel daarvan. Dit is niet anders dan bij de reguliere psychiatrische patiënten die zowel vrijwillig dan wel gedwongen kunnen zijn opgenomen. Duidelijk wordt dat artikel 51 Wet Bopz, bedoeld als schakelbepaling om de plaatsing c.q. overplaatsing van forensisch psychiatrische patiënten richting instellingen van de algemene geestelijke gezondheidszorg te vergemakkelijken en op elkaar te doen aansluiten, als incompleet en onduidelijk kan worden bestempeld. Het artikel laat zich, voor wat betreft het tweede en derde lid moeilijk interpreteren en is niet compleet. Dit heeft tot gevolg dat voor een aantal modaliteiten onduidelijkheden bestaan omtrent de interne en de externe rechtspositie indien de forensisch psychiatrische patiënt wordt geplaatst c.q. verblijft in een instelling van de geestelijke gezondheidszorg.

Doch de problemen ten aanzien van forensisch psychiatrische patiënten in een instelling van de algemene geestelijke gezondheidszorg bevinden zich niet alleen op het gebied van de verschillende rechtsposities, maar hangen ook samen met de werking van de Wet Bopz op het

gebied van dwangtoepassing en de beperking van rechten. Daarnaast brengen de aard van de populatie (gevaarlijkheid, leeftijd, afkomst), de aard van de instellingen, de verschillende verantwoordelijkheden van VWS en Justitie, verscheidende problemen met zich mee. Hoofdstuk 5 geeft een beschrijving van de praktijk aan de hand van meer algemene thema's in deze forensisch psychiatrische praktijk. Speciale aandacht wordt daarin besteed aan de justitiabele als patiënt, de interne rechtspositie, enkele cruciale instanties, bekendheid van patiënten en personeel met de wet en beroepsethische en beheerszaken. Dit hoofdstuk laat zien dat er ten aanzien van forensisch psychiatrische patiënten die worden geplaatst c.q. zich bevinden in instellingen van de geestelijke gezondheidszorg, een aantal problemen bestaan. De problemen hangen voor een deel samen met de werking van de Wet Bopz doch hangen tevens samen met uitvoering van de plaatsing c.q. overplaatsing en het verblijf van forensisch psychiatrische patiënten in de praktijk. Hierbij kan men denken aan problemen die voortvloeien uit de heterogene aard van de populatie qua psychische stoornis, sexe, afkomst, leeftijd, en gevaarlijkheid. Verder bestaan er onduidelijkheden omtrent verantwoordelijkheden van de verschillende instanties. Daarnaast hangen problemen samen met de aard van de instellingen van de geestelijke gezondheidszorg, dan wel het grensvlak waarop men zich bevindt namelijk dat van justitie en de geestelijke gezondheidszorg. Het vierde en vijfde hoofdstuk van dit onderzoek hebben laten zien hoe complex de juridische materie, van justitiabelen die worden geplaatst in c.q. zich bevinden in residentiële instellingen van de geestelijke gezondheidszorg, is.

Het slothoofdstuk bestaat uit een nadere beschouwing waar mede antwoord wordt gegeven op de centrale onderzoeksvragen, een set aanbevelingen die voortvloeien uit onderhavig onderzoek.

1

Introductie

1.1 Achtergrond

Zowel de Krankzinnigenwet van 1884 als de thans vigerende Wet Bopz zijn ontworpen met aanvankelijk het oog vrijwel uitsluitend gericht op de opgenomen c.q. op te nemen psychiatrische patiënt. De reikwijdte van de Wet Bopz is daarbij menigmaal onderwerp van uitvoerige discussie geweest. De parlementaire en buitenparlementaire behandeling van het wetsontwerp Bopz weerspiegelt opvattingen over diverse categorieën patiënten die onder de werking van de Wet Bopz vallen: de verstandelijk gehandicapten, de psychogeriatrische patiënten, de verkommerden en verloederden, de jeugdige patiënten en de verslaafden. De discussie over de reikwijdte van de wet betrof nauwelijks de justitiabelen. Ook in de eerste evaluatie van de Wet Bopz komen de justitiabelen die als patiënt in het psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen vrijwel niet voor en dat terwijl een aanzienlijk gedeelte van de patiënten die jaarlijks in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen, daar terecht komt na een uitspraak door de strafrechter dan wel omdat zij psychisch decompenseren in een penitentiaire inrichting (huis van bewaring of gevangenis).

De verwantschap tussen de gedwongen opneming en behandeling in de algemene en in de forensische psychiatrie is in het begin van de jaren '70 reden geweest om het wetsontwerp Bopz (nr. 11270) en het wetsontwerp inzake de TBS (destijds TBR geheten, nr. 11932) in het Parlement in samenhang met elkaar te behandelen. Enkele jaren nadien is, om uiteenlopende redenen, besloten om de parlementaire behandeling afzonderlijk te laten plaatsvinden. Sindsdien lijkt zich (beleidsmatig) een zekere verwijdering tussen de algemene geestelijke gezondheidszorg en de forensische psychiatrie te hebben voorgedaan, die in het afgelopen decennium weer aan het afnemen is. De verwantschap tussen beide sectoren is evenwel blijven bestaan en klemt temeer waar dezelfde patiënt wordt opgenomen of behandeld onder het regiem van verschillende, elkaar deels overlappende en soms direct conflicterende wettelijke regelingen.¹

Waar bij het aanvankelijke ontwerp van de Wet Bopz de 'echte psychiatrische patiënten' centraal stonden is gaandeweg de parlementaire en buitenparlementaire behandeling van het wetsontwerp de reikwijdte van de wet enorm uitgebreid en wel zodanig dat er stemmen zijn opgegaan met de vraag of de kern van de wet voldoende overeind is gebleven. In het voorliggende onderzoek wordt nagegaan of aan de justitiabelen onder het regiem van de Wet Bopz in de praktijk voldoende recht wordt gedaan.

¹ De corresponderende passages in de tekst van Van Vliet, in *Veilig en Wel*, 2001, p. 7.24-25 zijn ontleend aan het onderhavig onderzoek.

De Krankzinnigenwet van 1884 bood de strafrechter reeds de bevoegdheid de opnemings van de ontoerekeningsvatbare dader van een strafbaar feit in een krankzinnigengesticht te gelasten. Deze bepaling was een kort leven beschoren, want kort daarna verviel deze met de invoering van art. 37 lid 2 in het Wetboek van Strafrecht in 1886. Die wet brengt overigens een verband tussen de psychische stoornis en de gevaarlijkheid niet tot uitdrukking. De wordingsgeschiedenis van art. 37 lid 2 Sr laat evenwel onmiskenbaar zien dat de reden voor invoering van deze maatregel was gelegen in de tot onmiddellijke plaatsing dwingende gevaarlijkheid van de dader tegenover de maatschappij, doch ook in het belang van de persoon zelf. Bij de totstandkoming van het thans van kracht zijnde Wetboek van Strafrecht (1886) was aldus de last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis de enige maatregel waar plaats voor was ingeruimd. Vooral het feit dat de regels van de toenmalige krankzinnigenwet, volgens welke het bestuur van het psychiatrisch ziekenhuis aan de patiënt ontslag moest verlenen als deze geen blijk van een gebrekkige ontwikkeling of psychische stoornis meer gaf of als zijn verblijf in de inrichting niet langer noodzakelijk of gewenst was, geen uitzondering ondervonden wanneer het om langs strafrechtelijke weg geplaatste gevaarlijke ontoerekeningsvatbare personen ging, deed sterke behoefte rijzen aan een nieuwe voorziening. Een oplossing zou dan moeten worden geboden voor de kwestie van het (al te) 'vroegtijdig ontslag'. Langdurige voorbereidingen leidden tot de invoering van het Wetboek van Strafrecht in 1925 en tot de inwerkingtreding in 1928 van de maatregel Terbeschikkingstelling van de Regering (TBR), thans Terbeschikkingstelling (TBS) geheten. Volgens Kelk & Haffmans is voor de last tot plaatsing in het psychiatrisch ziekenhuis het strafbare feit strikt genomen de puur toevallige aanleiding tot oplegging.² De strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis is eigenlijk om redenen van opportuniteit aan de bevoegdheid van de strafrechter overgelaten. Eenmaal geroepen om te oordelen over de vraag of een strafbaar feit is begaan, ligt het enigszins voor de hand dat de strafrechter dan ook in staat moet zijn de zaak van een door hem gevaarlijk geachte delinquent zelf af te handelen, buiten de daarvoor aangewezen rechter om.³ Nog steeds kampen we met het hybride karakter van deze strafrechtelijke maatregel, de last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis.

In de individuele levensloop van menig justitiabele tekent zich een bliksemcarrière door tal van totale instituties (jeugdinstelling, huis van bewaring, psychiatrisch ziekenhuis etc.) af, zodanig dat het lijkt alsof de muren tussen de instellingen van justitie en die van de geestelijke volksgezondheid poreus zijn.⁴ Toch zegt dat meer over de betreffende justitiabele⁵ dan over de flexibiliteit van dergelijke instituten. Het grensverkeer tussen justitie en psychiatrie blijkt organisatorisch gezien decennialang nog steeds stroef en traag te verlopen, allerhande rapporten van ministeriële commissies, ambtelijke werkgroepen en wetenschappelijke voorstellen ten spijt.⁶ Capaciteitsproblematiek en organisatorische bezwaren liggen er veelal aan ten grondslag. Overigens tekent zich de afgelopen eeuw een frappant verschil af in de aanpak van die capaciteitsproblemen. Toen aan het begin van de jaren '30 van de vorige eeuw een zo'n heftige toeloop op de nog maar kort tevoren geïntroduceerde TBR-voorzieningen ontstond dat dit de beschikbare capaciteit verre te boven ging, werd in 1933 de zogenoemde Stopwet aangenomen om die toename in te dammen.⁷ Rond de recente eeuwwisseling doet zich eveneens een capaciteitstekort voor. De oplossing die nu wordt aangedragen, eigen aan het huidige

² Kelk & Haffmans, 1986, p. 347.

³ Kelk & Haffmans, 1986, p. 338-339.

⁴ Kelk, 1983.

⁵ Het kan een verdachte, veroordeelde gedetineerde, preventief gedachte, ter beschikking gestelde, verpleegde betreffen. Alleen in het geval van de verdachte of preventief gehechte staat nog niet vast of deze ook als dader wordt gezien.

⁶ Van Borssum Waalkes en Krul-Steketee, 1990; Ter Heine, 1998.

⁷ Hofstee, 1987.

tijdsgewricht, is op termijn de tbs-klinieken te integreren in de geestelijke gezondheidszorg.⁸ In de loop van de afgelopen eeuw is het aanvankelijke tweetal juridische modaliteiten om als justitiabele in de geestelijke gezondheidszorg behandeld te worden aanzienlijk uitgebreid. Niet alleen de juridische titels waaronder dat kan plaatsvinden, zijn allengs gepreciseerd en uitgebreid, ook het aantal en het soort voorzieningen zijn drastisch toegenomen. Curieus daarbij is dat de introductie van nieuwe juridische modaliteiten en nieuwe klinische, ambulante en tussenvoorzieningen steeds werd gerechtvaardigd vanuit het idee dat de overgang van justitie richting de geestelijke gezondheidszorg daarmee werd vergemakkelijkt. Dat proces is de afgelopen vijf jaren voortgeschreden in een bijzondere richting: de verschillende voorzieningen van de forensische geestelijke gezondheidszorg stonden sterk in het teken van netwerk- en circuitvorming.⁹ De bureaucratische drempels bij voordeur en achterdeur van de instellingen zijn daarmee verlaagd, doch met de bevordering van een geleidelijke overgang van de ene instelling naar de andere is de juridische drempel niet weggenomen. Veeleer is een veelheid van juridische drempels opgeworpen, waardoor de kans op struikelen eveneens is toegenomen.

1.2 Forensische psychiatrie als begrip

In de forensische psychiatrie gaat het om de bijdrage van psychiatrie aan de (straf)rechtspleging. De juridische verankering daarvan is gelegen in de rapportage ten behoeve van de (straf)rechtspraak. Op dit raakvlak van psychiatrie en recht bevindt zich tevens het draagvlak van de forensische psychiatrie.¹⁰ Daarvan afgeleid is de behandeling en begeleiding van justitiabelen: de forensisch psychiatrische patiënten, zoals psychisch gestoorde gedetineerden of een aparte categorie daarvan: degenen aan wie de strafrechter de maatregel TBS heeft opgelegd, de ter beschikking gestelden. Gevolg van deze forensisch psychiatrische positiebepaling is dat de contouren voor de behandeling van justitiabelen primair door het recht en wel het straf(proces)recht en het penitentiaire recht worden aangegeven. Het strafrecht verdraagt per definitie geen behandeling om bestwil.

Wanneer in dit rapport de term justitiabelen wordt gebezigd, heeft dat betrekking op degenen die met de strafrechtspleging in contact zijn gekomen.¹¹ Hier wordt de term justitiabelen dus in beperkte, dit wil zeggen in straf(proces)rechtelijke zin, opgevat.

1.3 Opbouw van dit rapport

Na een introductie en achtergrondschets in hoofdstuk 1 volgt in hoofdstuk 2 een verantwoording van de opzet: de vraagstelling, de methoden en de markering van het onderzoek. Hoofdstuk 3 bevat een beschrijving van de organisatiestructuur van vooral residentiële instellingen waar forensisch psychiatrische patiënten verblijven onder het regime van de Wet Bopz, waarna een opsomming volgt van de op deze populatie betrekking hebbende juridische titels. In hoofdstuk 4 worden deze juridische titels in extenso afzonderlijk besproken in samenhang met de problemen die zich daarmee qua interne en externe rechtspositie in de praktijk voordoen. Hoofdstuk 5 geeft een beschrijving aan de hand van meer algemene thema's in deze forensisch psychiatrische praktijk. Speciale aandacht wordt daarin besteed aan de justitiabele als patiënt, de interne rechtspositie, enkele cruciale instanties, bekendheid van patiënten en personeel met de wet en beroepsethische en beheerszaken. Het slothoofdstuk 6 bestaat uit een nadere beschouwing, een set aanbevelingen en een samenvatting van het onderzoek.

⁸ Zie Rapport Commissie Beleidsvisie Tbs, *Veilig en Wel*, 2001.

⁹ Carpay, 2000; Tervoort, 1998; Van Tuinen, 1996; Van Vliet en Wilken, 2001.

¹⁰ Mooij, 1989, in Mooij, 1998.

¹¹ Strikt genomen kunnen patiënten die onder de werking van de Wet Bopz vallen immers ook als justitiabelen worden opgevat.

2

Opzet van het onderzoek

Dit rapport bevat het verslag van een onderzoek naar de rol van de Wet Bopz in de forensische psychiatrie. Dit onderzoek werd uitgevoerd ten behoeve van de tweede evaluatie van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) en is verricht van 1 december 2000 tot 1 december 2001.

2.1 Vraagstelling

Als centrale vraagstelling voor dit onderzoek geldt:

In welke mate worden forensisch psychiatrische patiënten in Bopz-instellingen opgenomen?

In hoeverre rijzen daarbij problemen die direct of indirect met de wettelijke regelingen samenhangen? Sluiten de wettelijke regelingen (Wet Bopz, WGBO, Pbw, Bvt, BJJl) goed op elkaar aan?

Uitgangspunt van het onderzoek naar de rol van de Wet Bopz in de forensische psychiatrie vormt deze Wet Bopz in actie. Enerzijds volstaat onderzoek naar de rechtspositie in engere zin dan niet. Anderzijds is het veld van onderzoek beperkt tot de werkingssfeer van de wet Bopz met inbegrip van de conflictsituaties ten aanzien van andere regelgeving die zich hierbij voordoen.

In de onderhavige wetsevaluatie staan de doelmatigheid, het rechtsgehalte en de transparantie binnen het kader van de Wet Bopz centraal en wel met betrekking tot een bijzondere groep: de psychisch gestoorde gedetineerden die onder het regime van die wet ressorteren. Tevens wordt ingegaan op de humanisering, de behandeling, de bejegening en de veiligheid.

De centrale vraagstelling levert enkele deelvragen op:

- a Welke zijn de juridische titels op grond waarvan justitiabelen onder het regime van de Wet Bopz vallen en wat is het aandeel van elk van de categorieën van het totaal? In hoeverre is de Wet Bopz voldoende transparant voor de betrokken psychisch gestoorde gedetineerden alsmede voor hen die bij de uitvoeringspraktijk zijn betrokken? Wordt er een adequate registratie bijgehouden van degenen die als justitiabelen onder de Wet Bopz vallen?
- b Wat gebeurt er aan het eind van de maximumtermijn van één jaar met degenen voor wie de rechter een strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis heeft afgegeven?
- c Correspondeert de regeling van de entree en het ontslag van degenen die als psychisch gestoorde gedetineerden onder de Wet Bopz vallen met de praktijk ervan? Zijn bevoegdheden en verantwoordelijkheden met betrekking tot opname en ontslag in de praktijk adequaat geregeld?
- d Hoewel de laatste jaren de externe differentiatie van klinische voorzieningen in de forensische psychiatrie deels is afgenomen, is deze nog steeds van toepassing. In hoeverre verdraagt de interne en externe differentiatie qua beveiliging, behandelingsmodaliteiten, behandelingsvoorzieningen van forensisch psychiatrische instellingen zich met de rechtsgelijkheid die door de wetgever wordt nagestreefd?

- e In hoeverre wordt er in de Bopz-praktijk ten aanzien van forensisch psychiatrische patiënten gedifferentieerd naar mannelijke en vrouwelijke psychisch gestoorde gedetineerden?
- f In hoeverre wordt er in de Bopz-praktijk ten aanzien van forensisch psychiatrische patiënten gedifferentieerd naar psychisch gestoorde gedetineerden van Nederlandse en van allochtone afkomst?
- g Hoe is de continuïteit in rechtspositioneel opzicht van psychisch gestoorde gedetineerden geregeld, temeer daar de opnemings van justitiabelen in een psychiatrisch ziekenhuis in het merendeel van de gevallen een schakel is in een keten van institutionele (over)plaatsing? In hoeverre bestaat er in dat opzicht een spanningsveld tussen de Wet Bopz en de belerende wet- en regelgeving? In hoeverre komt het Bopz-klachtrecht in de forensische psychiatrie tot gelding?
- h Hoe werkt de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Justitie voor psychisch gestoorde gedetineerden die onder het regime van de wet Bopz vallen in de praktijk uit? Hoe werkt de rol van officier van justitie, inspectie, geneesheer-directeur, patiëntenvertrouwenspersoon, rechtshulpverleners in de uitvoeringspraktijk van de Bopz ten aanzien van psychisch gestoorde gedetineerden uit?
- i In welke opzichten onderscheidt de dwangtoepassing ten aanzien van psychisch gestoorde gedetineerden zich van andere patiënten die onder het regime van de Wet Bopz dwangtoepassing ondergaan? Bestaat er in de uitvoeringspraktijk van de Bopz ten aanzien van psychisch gestoorde gedetineerden een evenwicht tussen zelfbeschikking, dwang(toepassing) en beveiliging?

2.2 Methoden

Anders dan diverse andere deelonderzoeken, wordt de rol van de Wet Bopz in de forensisch psychiatrie, thans voor het eerst in de wetsevaluatie betrokken. Dat impliceert dat een vergelijking met een reeds eerder uitgevoerde evaluatie in dit werkkterrein onmogelijk is, met andere woorden dat een nulmeting niet voorhanden is.

De werkwijze in dit deelonderzoek is voornamelijk kwalitatief van aard, aldus wordt de praktijk in beeld gebracht. De mate waarin zich ontwikkelingen in die praktijk voordoen kunnen slechts bij benadering in kwantitatieve zin worden weergegeven.

Het onderzoek is uitgevoerd met behulp van verschillende methoden, te weten

- a literatuur- en bronnenonderzoek (vakliteratuur, jaarverslagen, wetgeving en jurisprudentie); Aan alle forensisch psychiatrische klinieken en forensisch psychiatrische afdelingen en enkele, forensisch relevante, categorale instellingen is verzocht schriftelijk informatiemateriaal (zoals beleidsnota's, jaarverslagen, huisregels en ander informatiebrochures) toe te zenden. Dit verzoek werd door alle benaderde instellingen gehonoreerd.
- b met ieder lid van de adviesgroep¹² bij dit deelonderzoek werd afzonderlijk een uitvoerig, nader exploratief, open interview gehouden;
- c bezoeken aan en semi-gestructureerde interviews¹³ in de drie forensisch psychiatrische klinieken (FPK), de acht forensisch psychiatrische afdelingen (FPA), enkele categorale inrichtingen, zoals de dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen, Hoeve Boschoord te Vledder, De Kijvelanden te Poortugaal, Groot Emaus in Ermelo, justitiële jeugdinstelling De Hartelborg te Spijkenisse.
- d semi-gestructureerde interviews met sleutelfiguren uit de forensisch psychiatrische zorg; de geneeskundige (hoofd)inspectie van de geestelijke volksgezondheid, ressortscoördinatoren van de Forensisch Psychiatrische Diensten, enkele justitiële jeugdinstellingen, voorzitters van

¹² Zie voor de samenstelling van de adviesgroep bijlage 2.

¹³ Zie voor de lijst met aandachtspunten van die interviews bijlage 3 en voor de lijst van gesprekspartners bijlage 4.

klachtencommissies, GGZ-Nederland, functionarissen van de ministeries van Justitie en van VWS en enkele onderzoekers.

Tevens werden enkele telefonische semi-gestructureerde interviews gehouden.

- e een expert-meeting met vertegenwoordigers van de drie forensisch psychiatrische klinieken, de acht forensisch psychiatrische afdelingen en enkele categorale inrichtingen;¹⁴
- f een schriftelijke enquête onder de algemeen psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, de psychiatrische afdelingen van academische ziekenhuizen, de klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie, de verslavingsklinieken, de forensisch psychiatrische instituten, de categorale instellingen en de zwakzinnigeninrichtingen. De enquête is niet gehouden onder (psychogeriatrische) verpleeginrichtingen en verzorgingshuizen. De respons op de enquête bedroeg 68% van de 359 in totaal verzonden enquêtes.¹⁵ Dit resultaat werd bereikt na rappèl.

Tevens vond nadere afstemming plaats met enkele andere onderzoeken die deel uitmaken van de tweede evaluatie van de Wet Bopz.

Met betrekking tot de onderzoeksmethoden gaat het in dit onderzoek niet primair om de omvang van de problemen, maar vooral om het in kaart brengen óf zich problemen in de uitvoeringspraktijk van de Wet Bopz voordoen. Daar sluiten de gekozen onderzoeksmethoden op aan.

2.3 Afbakening

In dit onderzoek gaat het om de werking van de Wet Bopz in de praktijk van de forensische psychiatrie. Enerzijds volstaat onderzoek naar de rechtspositie in engere zin niet. Anderzijds is het veld van onderzoek beperkt tot de werkingssfeer van de Wet Bopz met inbegrip van de conflictsituaties ten aanzien van andere, veelal aanpalende regelgeving die zich hierbij voordoen. Daarbij werd steeds de vraag gesteld of de problemen en knelpunten die naar voren kwamen specifiek waren voor de forensisch psychiatrische patiënten die zich bevinden in een Bopz-instelling.

Het onderzoek richt zich niet expliciet op de doorstroom- en beheersproblematiek van psychiatrische patiënten die uit justitiële c.q. penitentiaire instituten afkomstig zijn.¹⁶

Het onderzoek beoogt geen kwaliteitsonderzoek naar het functioneren van afdelingen en klinieken te zijn, zij het dat de bevindingen en aanbevelingen er wel toe kunnen bijdragen de kwaliteit van de forensisch psychiatrische interventie en het daaraan verbonden rechtspositioneel kader te beïnvloeden c.q. te verbeteren.

¹⁴ Zie voor de deelnemers aan deze expert-meeting bijlage 5.

¹⁵ De indruk bestaat dat in het merendeel van de instellingen die de enquête niet retourneerde geen forensisch psychiatrische patiënten verbleven.

¹⁶ Zie Wilken et al, 1999; Van Vliet & Wilken, 2001; Van der Klippe en Van Ginneken, 2000.

3

De infrastructuur

Dit hoofdstuk geeft de contouren aan waarbinnen de Wet Bopz in de forensische psychiatrie opereert. Die markering wordt op twee wijzen aangebracht, en wel enerzijds door middel van een beschrijving op organisatorisch terrein (§ 3.1), en anderzijds een indeling op juridisch terrein (§ 3.2).

3.1 De organisatie

De psychische problematiek van gedetineerden is recentelijk toegenomen, en wel doordat met de uitbreiding van de capaciteit van het gevangeniswezen (zoals huizen van bewaring, gevangenis, (half)open inrichting, jeugdinstelling) ook het aantal psychisch gestoorde gedetineerden is gegroeid. Eveneens is de ernst toegenomen c.q. complexer dan voorheen geworden: meer multiple problematiek, zoals verslaving, psychische stoornis en allochtonenproblematiek.¹⁷ Ten aanzien van de zorg voor psychisch gestoorde gedetineerden vervult de in elk arrondissement gevestigde Forensisch Psychiatrische Dienst (FPD) een centrale functie.¹⁸ De medewerkers van deze dienst fungeren als een intermediair tussen instellingen van de rechterlijke macht, het gevangeniswezen, de geestelijke gezondheidszorg en de reclassering. Behalve met de voorlichting aan de rechter zijn zij belast met de hulpverlening aan gedetineerden bij wie zich psychische stoornissen lijken voor te doen.

Zowel binnen het gevangeniswezen als binnen de geestelijke gezondheidszorg vormen de psychisch gestoorde justitiabelen een probleemgroep die zorgen baart en waar de betreffende sector eigenlijk niet adequaat op is ingesteld. Gelden in het gevangeniswezen die gedetineerden die met psychische klachten te doen hebben als een buitenbeentje, in de geestelijke gezondheidszorg is dit het geval met die patiënten die na strafrechtelijke bemoeienis opgenomen dan wel behandeld worden. Ondanks de zorgplicht heerst er in penitentiaire inrichtingen geen behandelklimaat. Het regime is er zelfs als ronduit anti-therapeutisch te kwalificeren.¹⁹ Justitiabelen die met psychische problematiek kampen, worden primair in het gevangeniswezen behandeld c.q. begeleid. Iedere penitentiaire inrichting, ook al is deze primair gericht op de tenuitvoerlegging van straffen, heeft daartoe zogenoemde eerstelijns (gestichtsarts, medische dienst) en tweedelijns voorzieningen (psychiatrische en psychologische hulpverlening) beschikbaar.²⁰

Daarnaast verdient vermelding dat in een aantal penitentiaire inrichtingen met pré-klinische interventies is begonnen ten aanzien van ter beschikking gestelden die als passant in afwachting

¹⁷ Zie *Advies Forensisch Zorgbeleid Gevangeniswezen*, 2001; Barneveld & Koenraadt, 1988; Blaauw & Kerkhof, 1999; Bulten, 1998; Bulten et al., 1999; Kelk, 1998; Schoemaker & van Zessen, 1997.

¹⁸ Zie Oei, 2000; Van Marle en Van Esch, 1998.

¹⁹ Zie voor de antitherapeutische cultuur in penitentiaire inrichtingen Van Tuinen, 1994, p. 105-106. Pieck en Tophoff (1994) spreken over de paradoxen van de behandelingssituatie, die zich bij psychotherapie in onvrijheid voordoet.

²⁰ Zie Schepers, 2000; De Jonge & Knol, 2000; Berghmans, 1999; Daniëls, 1998; Van Marle, 1994; Kelk, 2001.

zijn op een plaats in een tbs-kliniek. Vanuit de aangewezen tbs-kliniek wordt op deze wijze reeds een aanvang gemaakt met de behandeling.

Het gevangeniswezen beschikt daarnaast tevens over een ruim arsenaal gespecialiseerde en gedifferentieerde voorzieningen (bijvoorbeeld de Bijzondere Zorg Afdeling (BZA), de Individuele Begeleidingsafdeling (IBA),²¹ de Beveiligde Individuele Begeleidingsafdeling (BIBA), de Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling (FOBA),²² het Penitentiair Selectie Centrum (PSC),²³ de Landelijke Afzonderingsafdeling (LAA)), doch menigmaal is de psychische nood dermate groot dat binnen het gevangeniswezen onvoldoende adequate hulp kan worden geboden en dat overplaatsing naar voorzieningen in TBS-sector of de geestelijke gezondheidszorg geïndiceerd is.²⁴

Behalve voor die gedetineerden die detentie-ongeschikt worden geacht, is een beroep op voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg nodig omdat de rechter een vonnis heeft gewezen dat plaatsing in een dergelijke voorziening inhoudt. Daarnaast kan de rechter een sanctie opleggen waardoor iemand in een instelling van de geestelijke gezondheidszorg wordt geplaatst.

De belangrijkste instellingen waar de Bopz een rol speelt ten behoeve van forensisch psychiatrische patiënten, zijn de volgende

Tabel 1

Instellingen voor volwassenen in de ggz met capaciteit ten behoeve van forensisch psychiatrische patiënten

<i>Aard/naam</i>	<i>Plaats</i>	<i>Capaciteit medio 2001</i>
<i>FPK:</i>		
GGzE ²⁵	Eindhoven	126
De Meren ²⁶	Amsterdam	16
Licht en Kracht ²⁷	Assen	64
<i>FPA:</i>		
Psycho-medisch centrum Parnassia	Loosduinen	24
Medisch Spectrum Gelderland Oost	Warnsveld	24
Vincent van Gogh Instituut ²⁸	Venray	24
Altrecht	Den Dolder	24
Gelderse Roos	Wolfheze	24
GGZ Groningen	Zuidlaren	10
Psychiatrisch Ziekenhuis Vrederust	Halsteren	10
GGZ Noord Holland Noord	Heiloo	10
<i>Categoriaal:</i>		
Hoeve Boschoord ²⁹	Vledder	122
Groot Batelaar ³⁰	Lunteren	

²¹ Zie Wijnheymer, Blaauw & Veen, 1998.

²² Zie Tuinier, 1989; Gerrits, 1994; Moerings, 1994; Heuvelhorst, 1996; Heuvelhorst & Moerings, 1997; Moerings & Zandbergen, 2001.

²³ Zie Schoemaker & van Zessen, 1997; De Carpentier, 1994; Smits, 1994; Leenaars & Smits, 2001.

²⁴ Overplaatsing naar een tbs-kliniek zal niet snel plaatsvinden omdat de tbs-klinieken kampen met capaciteitsproblemen.

²⁵ Zie De Goei, 1990; Kuperus, 2000; Wurzer-Leenhouts, 1993.

²⁶ In de toekomst worden dit 78 bedden.

²⁷ Tervoort, 1996; Van Tuinen, 1999.

²⁸ Zie Nijdam, 1997.

²⁹ Het betreft een instelling voor de verstandelijk gehandicapten. Zie Le Grand, 1994.

³⁰ Groot Batelaar geldt als een centrum voor forensische psychotherapie en als een Bopz-instelling. De aard van de selectie en behandeling impliceert evenwel dat er thans geen patiënten op grond van de Wet Bopz worden opgenomen. Zie voor de wijze waarop Groot Batelaar is ingebed in een regionaal voorzieningennetwerk. Carpay et al, 2000.

Behalve in deze bovengenoemde instellingen worden psychisch gestoorde gedetineerden wel in andere Bopz-instellingen opgenomen, zij het in veel geringere mate en meer verspreid. Thans worden voorbereidingen getroffen om binnenkort in Franeker een negende FPA te starten.

De FPA is als afdeling verbonden aan een algemeen psychiatrisch ziekenhuis of aan een geïntegreerde voorziening van de geestelijke gezondheidszorg. De FPA maakt gebruik van de faciliteiten van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis en maakt deel uit van het geestelijke gezondheidszorgcircuit. Door de FPA onder te brengen bij de algemene geestelijke gezondheidszorg wordt de drempel voor de patiënten naar deze voorziening verlaagd. Bovendien vervult de FPA een functie in het (supra)regionale en landelijke forensisch psychiatrisch circuit. De acht FPA's hebben onderling afspraken gemaakt over de afbakening van hun verzorgingsgebieden. De doelstelling van de FPA is vierledig: 1) het bieden van zorgintensieve behandeling aan de forensisch psychiatrische patiënt; 2) het destigmatiseren en (verder) integreren van de patiënt in de algemene geestelijke gezondheidszorg; 3) het voorkomen van recidive; en 4) het geven van voorlichting en consultatie.³¹

Als indicaties om voor opname in een FPA in aanmerking te komen gelden:

- een strafrechtelijke titel;
- een psychische stoornis op As I van de DSM-IV, al dan niet in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis;
- een aanvaardbaar risico tot recidiveren dat te hanteren is binnen de behandelinhoudelijke, formatieve en bouwkundige grenzen van de FPA;
- een prognose van een behandelduur op de FPA van maximaal twee jaren;
- tenminste een minimale wens en motivatie tot behandeling;
- de patiënt dient afkomstig te zijn uit het (supra)regionaal verzorgingsgebied;
- de leeftijd van de patiënt ligt tussen de 18 en 60;
- een verstandelijk niveau met een IQ van minimaal 80.

Als contra-indicaties voor een dergelijke opname gelden de volgende.

- een duidelijke criminele ontwikkeling, blijkend uit (reëel te verwachten) voortzetting van onderwereldcontacten tijdens verblijf in de FPA en strafblad;
- ernstige irreversibele organische psychosyndromen, primaire verslaving als hoofddiagnose en een ernstige antisociale persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose;
- een evident vluchtgevaar;
- een evident gevaar voor de omgeving, zoals agressie of brandstichting;
- herhaald wapengebruik, zoals blijkend uit de voorgeschiedenis;
- een grote kans op recidive;
- het ontbreken van een strafrechtelijke c.q. forensisch psychiatrische titel.

Deze indicaties en contra-indicaties gelden als algemene criteria en zullen per patiënt apart gewogen moeten worden, temeer daar de beschikbare, verwante forensisch psychiatrische voorzieningen eveneens aan verandering onderhevig zijn.³²

Ondanks deze voor alle FPA's geldende eenduidige criteria verschillen de acht FPA's onderling aanzienlijk qua grootte, beveiliging, accommodatie, organisatiestructuur en beschikbare forensisch gedragskundige expertise.

Van Vliet & Wilken (2001) noemen als beperkingen van de FPA-voorzieningen dat zij te weinig mogelijkheden bieden voor patiënten die een grote intensiteit aan zorg bij (enige) beveiliging behoeven en dat zij een te geringe capaciteit hebben (24 plaatsen wordt thans als een minimum beschouwd). De behandelduur in een FPA bedraagt gemiddeld een jaar.³³

Een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) ressorteert bestuurlijk gezien onder de leiding van

³¹ Visiedocument FPA, 2000

³² Visiedocument FPA, 2000.

³³ Wilken et al, 1999, p. 74.

een algemeen psychiatrisch ziekenhuis of een geïntegreerde voorziening van de geestelijke gezondheidszorg, maar is als afzonderlijke organisatorische eenheid van minimaal 64 klinische plaatsen te beschouwen. Een geschrift zoals het *Visiedocument FPA* is voor de FPK's in ontwikkeling. Zij gebruiken gelijksoortige contra-indicaties voor opname. Daarbij dient te worden opgemerkt dat in deze instellingen de nadruk meer ligt op de beveiliging waardoor de klinieken een zwaardere c.q. moeilijker categorie patiënten kunnen opnemen, onder wie ook ter beschikking gestelden.

De drie FPK's nemen niet alleen een zwaardere categorie patiënten op dan de FPA's, zij fungeren tevens als niet-justitiële tbs-kliniek, speciaal daartoe aangewezen door de minister van Justitie. De FPA's zijn speciaal bedoeld om de doorstroom vanuit FPK's en tbs-klinieken richting de reguliere psychiatrie te bevorderen. Niet alleen verschillen de instellingen op behandeltechnisch niveau, maar ook op het gebied van beleid. Hierdoor kan een situatie ontstaan waarin de ene FPA of FPK betrokkene als te gevaarlijk inschat (contra-indicatie voor opname), terwijl een andere FPA of FPK de opname wel aandurft. Dit vloeit mede voort uit een verschil in het inschatten van het vlucht- en recidivegevaar. Hierdoor wordt een verschil in patiëntenpopulatie bevorderd. Dit heeft op zijn beurt weer tot gevolg dat de ene FPA of FPK geen problemen kent met betrekking tot forensisch psychiatrische patiënten en de Wet Bopz, terwijl een andere FPA of FPK dat wel heeft. Bij een (vlucht)gevaarlijker of gestoorder iemand zal binnen een instelling meer behoefte bestaan aan het kunnen opleggen van straffen dan wel maatregelen.

Een nadere vergelijking tussen de FPA en FPK levert het volgende beeld op (Wilken et al, 1999). De drie FPK's zijn elk groter dan elk van de acht FPA's. In de FPK zijn nagenoeg alle voorzieningen geconcentreerd in één complex, waardoor de FPK duidelijker dan de FPA een voorziening is met een eigen identiteit. In de FPK is de personele bezetting per patiënt intensiever dan in de FPA. De FPK's hebben de meeste therapeutische en dagbestedingsvoorzieningen in het eigen complex, terwijl bij de FPA's de meeste voorzieningen zich buiten de afdeling bevinden. In de FPK's worden patiënten met een TBS met bevel tot verpleging wel opgenomen, in de FPA's niet, alleen patiënten met een TBS met proefverlof of een TBS met voorwaarden kunnen daar terecht. De FPK's nemen patiënten op met een groter gevaarsrisico dan de FPA's. De motivatie tot opname en behandeling is onder patiënten van de FPA's groter dan onder die van de FPK's. De verslavingsproblematiek komt onder de populatie van de FPK's meer voor dan onder die van de FPA's. Voor 20% van de populatie van de FPK's bedraagt de te verwachten verblijfsduur meer dan twee jaar. Bij de FPA's bedraagt de maximale verblijfsduur twee jaar. De FPK's fungeren soms als een ultimum remedium, als een 'achterwacht' voor die patiënten die in de FPA niet meer te handhaven zijn. In de FPA's geldt voor opname het criterium groepsgeschiktheid meer dan in de FPK's.

De werkwijze van de behandelaars in de forensisch psychiatrische sector onderscheidt zich in twee opzichten van de niet-forensische psychiatrie. Op de eerste plaats vormt het ontwikkelen van scenario's van (delict)preventie een onderdeel van het behandelplan. Op de tweede plaats bestaat er een voortdurende alertheid in het denken, behandelen en bejegenen ten aanzien van het inschatten en voorkomen van een delictrecidive.³⁴

Globaal kan worden gesteld dat er grote verschillen bestaan in de aard en ernst van de problemen met betrekking tot de Wet Bopz. Deze verschillen hangen sterk samen met verschillen in opnamebeleid voor forensisch psychiatrische patiënten, verschillen tussen FPA en FPK, verschillen in beleid, juridisch c.q. therapeutisch klimaat van de instelling, verschillen in aantallen klachten, activiteiten die door de patiëntenvertrouwenspersoon wordt ontplooid.

³⁴ Visiedocument FPA, 2000; Raes et al, 2001.

3.2 Het juridisch raamwerk

Op 1 januari 2001 verbleven volgens de enquête minstens 490 forensisch psychiatrische patiënten in een Bopz-instelling. De resultaten van de enquête laat de volgende kwantitatieve verdeling naar juridische titel op de peildatum zien.³⁵

Tabel 2

Forensisch psychiatrische patiënten verblijvende in Bopz-instellingen, verdeeld naar juridische titel

<i>Juridische titel</i>	<i>Aantal</i>
strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis	43
tbs met bevel tot verpleging	163
tbs met proefverlof	40
voorwaardelijke beëindiging van de tbs	8
overplaatsing vanuit een tbs-kliniek met een rechterlijke machtiging	8
overplaatsing vanuit een tbs-kliniek zonder rechterlijke machtiging	6
overplaatsing vanuit het gevangeniswezen met een rechterlijke machtiging	14
overplaatsing vanuit het gevangeniswezen zonder rechterlijke machtiging	23
plaatsing in een inrichting voor jeugdigen	51
plaatsing ter observatie	17
plaatsing t.b.v. pro justitia rapportage	2
voorwaardelijke modaliteiten	86

Deze kwantitatieve verdeling betreft een grove indicatie, omdat een van de FPA's, ondanks meermalen een rappel te hebben ontvangen geen enquête heeft geretourneerd, omdat de respons 68 % bedroeg³⁶ en omdat de indruk bestaat dat de complexiteit van de juridische titels voor menig behandelaar of medisch administrateur het zicht op de van toepassing zijnde juridische titel beneemt. Zoals aangegeven gaat het om een beeld per peildatum, hetgeen betekent dat in de loop van het jaar verschuivingen in dit patroon mogelijk zijn. Derhalve moet de bovenstaande verdeling als een grove ondergrens worden opgevat.

Niet al de mogelijke juridische titels komen op de peildatum in de praktijk voor.

Hierna volgt een overzicht van de mogelijke juridische titels.

Op grond van de hieronder genoemde strafrechtelijke titels kunnen patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven. Vier vormen, soms in combinatie, zijn hierin voorhanden: de onvoorwaardelijke, de voorwaardelijke, de 'vrijwillige' en de onvrijwillige modaliteiten, op grond waarvan de patiënt in de betreffende psychiatrische instelling verblijft. In enkele gevallen gaat het om een juridische titel die het gevolg is van een rechterlijke uitspraak (nrs. 1, 2, 4, 5, 9, 11, 14 en 16), in andere betreft het een administratieve beslissing.

- 1 de strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis de duur van een jaar niet te boven gaande (art. 37 Sr);

De modaliteiten van de tbs:

- 2 de terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging zowel gemaximeerd als ongemaximeerd (art. 37a en b Sr);

³⁵ De sommiering van het totaal aantal forensisch psychiatrische patiënten per juridische titel verschilt van het totaal opgegeven aantal forensisch psychiatrische patiënten dat in Bopz-instellingen verblijft. Dit verschil kan worden verklaard door onduidelijkheid omtrent juridische titel en de gesignaleerde beperkte accuratesse bij het invullen van de enquête.

³⁶ Zie noot 15.

- 3 de terbeschikkingstelling met proefverlof (art. 51 Bvt);
- 4 de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38 g en h Sr);
- 5 de terbeschikkingstelling met voorwaarden (art. 38 Sr);
- 6 de overplaatsing vanuit een tbs-kliniek, met of zonder een rechterlijke machtiging (art. 14 Bvt);

Overplaatsingsmodaliteiten vanuit het gevangeniswezen:

- 7 de overplaatsing vanuit het gevangeniswezen, met of zonder rechterlijke machtiging (art. 15 lid 5 Pbw);
- 8 de overbrenging naar onder meer een instelling van de verslavingszorg (art. 43 lid 3 Pbw);

De modaliteiten van het jeugdstrafrecht:

- 9 de maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (art. 77s Sr);
- 10 de overplaatsing vanuit een justitiële jeugdinrichting in geval van de maatregel PIJ en de straf jeugddetentie (art 16 lid 5 BJJl);
- 11 gedeeltelijke niet-tenuitvoerlegging van de PIJ-maatregel of jeugddetentie (art. 77x Sr)

De modaliteiten van observatie en plaatsing:

- 12 de plaatsing ter observatie (art. 13 Bvt)
- 13 de plaatsing ten behoeve van een pro justitia rapportage (art. 196/198, 317, 509g Sv).

De voorwaardelijke modaliteiten:³⁷

- 14 de bijzondere voorwaarden bij een voorwaardelijke veroordeling (art. 14a en c Sr);
- 15 het voorwaardelijk sepot door de Officier van Justitie (art. 167 lid 2 en 244 lid 3 Sv);
- 16 de schorsing van de voorlopige hechtenis onder voorwaarden (art. 80 Sv);
- 17 de voorwaardelijke gratieverlening (art. 558 Sv en art. 13 lid 1 Gratiwet);

Artikel 51 Wet Bopz speelt in dit onderzoek een centrale rol. Het betreft een schakelbepaling die, gezien de wetsgeschiedenis, tot doel heeft de plaatsing c.q. overplaatsing vanuit justitiële instellingen naar instellingen van de geestelijke gezondheidszorg te vergemakkelijken, op elkaar te doen aansluiten en uniformiteit te realiseren in de rechtsposities van (verschillende categorieën) justitiabelen. Dit geschiedt door een aantal justitiabelen rechtstreeks onder (een deel van) de Wet Bopz te laten vallen. Vooraf zij vermeld dat artikel 51 Wet Bopz deze overgang slechts regelt voor enkele van de bovenstaande modaliteiten.

Tevens zij vermeld dat op alle patiënten, die zich in een psychiatrisch ziekenhuis bevinden, dus ook op forensisch psychiatrische patiënten de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) van toepassing is. Voor forensisch psychiatrische patiënten, die zich in een psychiatrisch ziekenhuis bevinden op grond van hun instemming is die WGBO van belang. Hun verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis wordt immers gezien als een 'vrijwillige plaatsing'. Op die opvatting valt wel wat af te dingen. De betreffende persoon heeft immers een keuze moeten maken onder een vorm van drang, veroorzaakt door de strafrechtelijke sanctie die eraan ten grondslag ligt. Hij wordt niet gedwongen tot plaatsing, maar er is sprake van enigerlei vorm van drang en dus van enige ruimte voor zelfbeschikking. Vandaar dat men spreekt van een vrijwillig verblijf. Zijn keuzemogelijkheden zijn evenwel beperkt en worden bepaald door een andere, veelal een rechterlijke instantie.³⁸ Men doelt daarbij tevens op het feit dat deze personen niet onder de werking van de Wet Bopz, maar uitsluitend onder die van de WGBO vallen. De WGBO regelt de rechtsverhouding tussen de patiënt en diens behandelaar binnen een intra- en extramurale setting en geldt als een *lex generalis* naast de Wet Bopz als *lex specialis*.

³⁷ Ook de hierboven genoemde tbs met voorwaarden valt onder de voorwaardelijke modaliteiten. Op de peildatum van 1 januari 2001 bevonden zich minimaal 86 patiënten onder voorwaarden in een Bopz-instelling.

³⁸ Tervoort, 2000, p. 58.

Voor enkele van de hierboven genoemde modaliteiten geldt, zoals we zullen zien, in strikte zin niet dat betreffende patiënten die op grond daarvan zijn opgenomen onder de Wet Bopz vallen. Om meerdere redenen is er echter wel toe besloten deze juridische titels hier te bespreken. Op de eerste plaats bestrijkt het onderhavige onderzoek ook de aansluiting van de Wet Bopz met de aanpalende wetgeving. Op de tweede plaats kan het voorkomen - en dat geldt vooral voor de voorwaardelijke modaliteiten - dat de juridische titel gedurende het verblijf in een Bopz-instelling wijzigt, waardoor de Wet Bopz wel gelding krijgt. Tot slot blijkt onder medewerkers en patiënten van de psychiatrische ziekenhuizen onduidelijkheid en onzekerheid te heersen over de vraag welke wet van kracht is op de forensisch psychiatrische patiënt.

In het hierna volgende hoofdstuk zullen deze zeventien juridische titels en modaliteiten in extenso worden besproken en aan de praktijk worden getoetst.

4

De praktijk - per juridische titel

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de zeventien juridische titels uitvoerig besproken, telkens aan de hand van een weergave van de interne en externe rechtspositie en de mogelijke knelpunten die zich daarbij in de forensisch psychiatrische praktijk voordoen. Een korte beschouwing in § 4.18 besluit het hoofdstuk.

4.1 De strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis

Art. 37 lid 1 Sr: *“De rechter kan gelasten dat degene aan wie een strafbaar feit wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend, in een psychiatrisch ziekenhuis zal worden geplaatst voor een termijn van een jaar, doch alleen indien hij gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen, of voor de algemene veiligheid van personen of goederen.”*

4.1.1 Oplegging

De strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis betreft één van de twee³⁹ strafrechtelijke vrijheidsbenemende maatregelen die de rechter ter beschikking staan indien een persoon een strafbaar feit begaat dat hem niet kan worden toegerekend wegens “de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens”.

De last wordt opgelegd voor de termijn van één jaar. De plaatsing kent voornamelijk een medisch doel, namelijk behandeling, en wel gericht op resocialisatie in de samenleving. Daarnaast heeft deze maatregel het karakter van een veiligheidsmaatregel wat voortvloeit uit de gestelde voorwaarde voor oplegging van “gevaar voor zichzelf, voor anderen, of voor de algemene veiligheid van personen of goederen”.⁴⁰ Volgens artikel 90sexies Sr moet onder psychiatrisch ziekenhuis worden verstaan:

1. een voor de toepassing van de Ziekenfondswet of de Algemene wet Bijzondere Ziektekosten als ziekenhuis, verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting toegelaten of in overeenstemming met de Minister van Justitie aangewezen inrichting of afdeling daarvan, voor zover die inrichting of afdeling blijkens de toelichting of aanwijzing gericht is op de behandeling van psychiatrische patiënten (o.a. tbs-kliniek, FPK, FPA);
2. een psychiatrische afdeling van een academisch ziekenhuis.”

Elementen der delictsomschrijving

Indien de rechter de overtuiging heeft verkregen dat betrokkene ten tijde van het gepleegde feit⁴¹ lijdende was aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermo-

³⁹ Sinds de wetwijziging van 25 juni 1997, *Stb.* 282 is de combinatie van een tbs en een strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis niet meer mogelijk.

⁴⁰ Noyon e.a., *Wetboek van Strafrecht*, losbladige uitgave, bij art. 37.

⁴¹ Lees: elk strafbaar gesteld feit.

gens, volgt ontslag van rechtsvervolging wegens niet strafbaarheid van de dader,⁴² indien het feit niet aan betrokkene kan worden toegerekend⁴³. Er dient dan sprake te zijn van een causaal verband tussen het strafbaar feit en de stoornis, welke reeds bestond ten tijde van het delict. Deze psychische toestand staat toerekening van het strafbaar feit aan de dader in de weg. In de forensische gedragskunde wordt gebruik gemaakt van de volgende gradaties van toerekeningsvatbaarheid: volledig toerekeningsvatbaar, enigszins verminderd toerekeningsvatbaar, verminderd toerekeningsvatbaar, sterk verminderd toerekeningsvatbaar en volledig ontoerekeningsvatbaar.⁴⁴ De maatregel strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis kan slechts worden opgelegd indien de rechter de dader volledig ontoerekeningsvatbaar acht. Vereist voor oplegging is verder dat de rechter zich een advies doet overleggen van ten minste twee gedragskundigen, waaronder een psychiater, die betrokkene hebben onderzocht (art. 37 lid 2 Sr).

Er dient derhalve een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis te bestaan. De vaststelling en begrenzing daarvan is een zaak van medische c.q. gedragskundige aard.⁴⁵ Daarnaast zullen gedragskundigen veelal een oordeel geven omtrent de gevaarlijkheid, immers de maatregel kan slechts worden opgelegd indien betrokkene gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen, of voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

Onder gevaarlijkheid zal moeten worden verstaan de situatie dat het zeer waarschijnlijk is dat de psychisch gestoorde dader de rechtmatige belangen van anderen, de algemene veiligheid van goederen of personen dan wel zijn eigen belangen in ernstige mate zal schaden.⁴⁶ Dit gevaar dient te bestaan op het moment van oplegging van de maatregel. Artikel 37 Sr geeft niet expliciet aan dat er een verband dient te bestaan tussen de stoornis en het gevaar, zoals dit bij de civielrechtelijke machtiging vereist is (art. 2 lid 2 sub a wet Bopz: 'de stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar doet veroorzaken'), doch wel wordt aangenomen dat er een oorzakelijk verband dient te bestaan tussen de gevaarlijkheid en de stoornis. "De maatregel van plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis is echter enerzijds gebonden aan de voorwaarde van (ontoerekeningsvatbaarheid op grond van) stoornis in de geestvermogens, en vindt anderzijds zijn grond in de gevaarlijkheid van de betrokkene, daarom ligt het voor de hand een causaal verband te eisen tussen de stoornis en de gevaarlijkheid." De wetgever gaat daar blijkens de nadere Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel Bopz⁴⁷ ook van uit. Dus aangezien de gevaarlijkheid nog dient te bestaan ten tijde van de berechting, moet ook de stoornis op dat moment nog aanwezig zijn."⁴⁸

Verhouding tussen de strafrechtelijke last tot plaatsing en de terbeschikkingstelling

Zoals reeds vermeld is in het volwassenenstrafrecht de strafrechtelijke last één van de twee maatregelen die de rechter ter beschikking staan, indien betrokkene een strafbaar feit niet kan worden toegerekend. De andere mogelijkheid betreft de maatregel van de terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging of met voorwaarden.

Bij de strafrechtelijke last dient er sprake te zijn van volledige ontoerekeningsvatbaarheid. De maatregel tbs vereist niet volledige ontoerekeningsvatbaarheid van de dader ten tijde van het delict. Indien er sprake is van verminderde of sterk verminderde toerekeningsvatbaarheid kan de maatregel van tbs ook worden opgelegd. Verder kan de maatregel tbs slechts worden opgelegd voor delicten waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten en voor bepaalde, in artikel

⁴² In sommige gevallen dient er vrijspraak te volgen, in geval van een culpoos delict en in uitzonderlijke gevallen bij opzetdelicten (HR 9-06-1981, *NJ* 1983, 412 en HR 24-09-1985, *NJ* 1986, 532).

⁴³ Art. 39 Sr: 'Niet strafbaar is hij die een feit begaat, dat hem wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend.'

⁴⁴ Zie Mooij et al, 1995.

⁴⁵ Noyon e.a., *Wetboek van Strafrecht*, losbladige uitgave, bij art. 39.

⁴⁶ HR 31 augustus 1990, *NJ* 1990, nr. 830.

⁴⁷ Nadere MvA wetsontwerp Bopz, kamerstukken II 1979-80, 11 270, nr. 12, p. 13 en 28.

⁴⁸ *Het penitentiair recht*, suppl. 35 (januari 1992), p. IX-30.

37a Sr opgesomde delicten. Beide maatregelen verschillen tevens in geldigheidsduur: de strafrechtelijke last tot plaatsing wordt opgelegd voor de termijn van maximaal één jaar en de tbs voor minimaal twee jaar. Waarbij steeds verlenging mogelijk is van 1 of twee jaar in tegenstelling tot de ex artikel 37 plaatsing. Tot slot: een tbs kan alleen worden opgelegd indien “de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van de maatregel eist”. Indien er slechts sprake is van gevaar voor zichzelf dan staat de mogelijkheid van het opleggen van een tbs voor de rechter niet open.

Ergo, indien bij een dader sprake is van volledige ontoerekeningsvatbaarheid heeft de rechter de keuze tussen twee maatregelen namelijk de strafrechtelijke last en een terbeschikkingstelling, indien voldaan aan de rest van de voorwaarden.⁴⁹ De keuze die de rechter moet maken is geen makkelijke. Over het algemeen lijkt die keuze af te hangen van de duur van de plaatsing en het ontbreken van garanties bij een civielrechtelijke vervolgsplaatsing. Daarnaast zijn van groot belang voor het maken van een keuze de aard van de stoornis en de ernst van het gepleegde feit.⁵⁰

Uit gesprekken met diverse psychiaters en psychologen van de Forensisch Psychiatrische Diensten (FPD) kwam naar voren dat het verschil tussen deze twee maatregelen te groot is. Aan de ene kant heb je een tbs met de nadruk op beveiliging en controle, aan de andere kant de strafrechtelijke last waarbij het justitie aan bijna alle zeggenschap ontbreekt. Daar komt bij dat de aard van de maatregel van tbs veel zwaarder is dan die van de strafrechtelijke last, mede gezien de duur en controle. Verder speelt mee dat indien een dader zeer gestoord is in zijn geestvermogens maar er geen sprake is van volledige ontoerekeningsvatbaarheid, voor de rechter alleen de maatregel van terbeschikkingstelling overblijft. Dit wordt regelmatig als een nadeel ervaren omdat voor een aantal personen die sterk verminderd of verminderd toerekeningsvatbaar bleken ten tijde van het plegen van het delict, een strafrechtelijke last, mede gezien de inschatting van het gevaar, een geschikte maatregel zou zijn. Eén psychiater heeft zelfs te kennen gegeven dat er een gevaar bestaat dat rapporteurs hiermee rekening gaan houden in hun adviezen in de rapportages.⁵¹

Artikel 37 Sr in discussie

In de literatuur heerst eenstemmigheid omtrent de rechtspositie van de ex artikel 37 patiënt. De Wet Bopz regelt zowel diens interne als externe rechtspositie.

Op dit moment bestaan er twee handboeken, voor een deel ontstaan uit een behoefte aan kennis omtrent wetgeving en rechtsposities van (forensisch) psychiatrische patiënten in psychiatrische ziekenhuizen, waar vooral medewerkers van GGz-instellingen gebruik van maken. Het betreft het *Handboek voor Opneming en Verblijf* waarin Widdershoven (2000) een bijdrage heeft gewijd aan het onderwerp forensische psychiatrie en het *Vademecum forensische psychiatrie wetgeving* onder redactie van Van Nederpelt e.a. (2001). Hierbij dient te worden vermeld dat de standpunten in het *Handboek voor Opneming en Verblijf* veelal door patiëntenvertrouwenpersoon als uitgangspunt worden genomen.⁵²

Het *Vademecum* is recentelijk uitgebracht en te verwachten valt dat dit handboek regelmatig zal worden geraadpleegd door personen die werkzaam zijn in de forensische psychiatrie. Zowel in het *Handboek* als in het *Vademecum* worden de strafrechtelijke titels besproken, die zich kunnen voordoen in een GGz-instelling.

Tot slot, het *Vademecum* maakt gebruik van supplementen en is op moment van schrijven van

⁴⁹ De rechter heeft de mogelijkheid om bij volledige ontoerekeningsvatbaarheid geen sanctie op te leggen.

⁵⁰ Zie ook Keurentjes in zijn noot onder Rechtbank Amsterdam 13 april 1999, *KBJ/Bopz-Jurisprudentie* 1999, nr. 44.

⁵¹ Er zijn bovendien desondanks wel deskundigen die in hun pro justitia rapportage, na hun conclusie sterk verminderde toerekeningsvatbaarheid het advies artikel 37 Sr op te leggen, laten volgen.

⁵² Widdershoven is immers als jurist werkzaam bij de Stichting PVP te Utrecht.

dit rapport nog niet gecompliceerd.

Widdershoven (2000) heeft in het *Handboek voor Opneming en Verblijf* een hoofdstuk gewijd aan artikel 51 van de Wet Bopz. Daarin bespreekt hij tevens artikel 37 Sr. Hij vergelijkt de strafrechtelijke last met de civielrechtelijke machtiging en komt daarbij tot een aantal verschillen in de regeling. “Artikel 37 lid 1 heeft het over de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, hetgeen samenvalt met de begripsomschrijving van het Bopz-criterium stoornis van de geestvermogens’ (art. 1 lid 1 onder d Bopz). Op gelijke wijze is er sprake van overeenstemming in de regeling voor wat betreft het vereist van ‘gevaar’. In tegenstelling tot de Wet Bopz, ontbreekt in artikel 37 lid 1 Sr echter een expliciete verwijzing naar de relatie tussen de geestesstoornis van betrokkene en het gevreesde gevaar waarvan afwending wordt beoogd. De voorwaarde van causaliteit betreft slechts het gepleegde delict; naar de letter genomen zou van een geestesstoornis zelfs geen sprake meer hoeven zijn gedurende het strafproces of op het moment dat de last tot plaatsing wordt gegeven. Niettemin zal ook hier, op gelijke wijze als in de Wet Bopz, een causaal verband tussen stoornis en gevaar aanwezig moeten zijn. De causaliteit geldt immers in algemene zin als legitimatie voor een preventieve vrijheidsberoving als hier aan de orde. En zou het anders zijn, dan zou de maatregel direct na effectivering van zijn effect (moeten) worden ontdaan, daar bij opneming in het psychiatrische ziekenhuis de ontslagbepalingen van de Wet Bopz onverkort toepasselijk worden (art. 51 lid 1 jo. art. 48 en 49 Bopz).”

Verder bevat, volgens Widdershoven, artikel 37 geen directe verwijzing naar de noodzaak van de op te leggen maatregel. “Toch zal de last tot plaatsing als een ultimum remedium hebben te gelden, evenals dat het geval is ten aanzien van de diverse beslissingen die krachtens de Wet Bopz tot dwangopneming kunnen leiden. (...)”

Tot slot geeft Widdershoven aan dat artikel 37 geen rekening houdt met een situatie dat betrokkene zelf een opname in een psychiatrisch ziekenhuis wil bewerkstelligen. “Ook op dit punt blijkt de regeling gebrekkig en zal naar de normering van de Wet Bopz moeten worden gehandeld. Het ontbreken van de ‘nodige bereidheid’ tot opneming – de onmogelijkheid dat het verblijf in het ziekenhuis op vrijwillige basis plaatsvindt (dan wel de niet reële kans daarop) -, moet steeds, dus ook hier, als noodzakelijke voorwaarde voor een dwangopneming in de psychiatrie geacht worden te gelden. En wederom: zou het anders zijn, dan zou gelijk met de opneming krachtens de last, de werking daarvan teniet moeten worden gedaan, en wel via de (verplichte) omzetting van de dwangverpleging in een vrijwillige voortzetting van het verblijf.”

Widdershoven acht de regeling op bovenstaande punten onvoldoende zorgvuldig geformuleerd en gebrekkig. Artikel 37 Sr dient in zijn visie meer in overeenstemming te worden gebracht met artikel 51 lid 1 van de Wet Bopz, welk artikel de interne en externe rechtspositie van de Wet Bopz van overeenkomstige toepassing verklaart op de ex artikel 37 Sr veroordeelden. De regeling omtrent de strafrechtelijke last sluit in zijn optiek wettelijk gezien nog onvoldoende aan bij de Wet Bopz. De wetgever zou artikel 37 Sr wat meer kunnen specificeren respectievelijk duidelijker in overeenstemming brengen met de regelingen van de Wet Bopz.

Uit de enquête komt naar voren dat de medewerkers van de psychiatrische instellingen, die belast zijn met de behandeling en bejegening, op de hoogte zijn van het feit dat een artikel 37-patiënt voor zowel de interne als de externe rechtspositie geheel valt onder de werking van de wet Bopz.

Er bestaan in de praktijk weinig tot geen onduidelijkheden omtrent de rechtspositie in het algemeen van ex artikel 37 Sr geplaatsten in een psychiatrisch ziekenhuis.

Hoger beroep procedure

Een aantal respondenten gaf aan problemen te hebben met het feit dat een strafrechtelijke procedure geruime tijd in beslag neemt. Indien iemand wordt veroordeeld tot de strafrechtelijke last tot plaatsing kan deze tegen het vonnis beroep aantekenen. Hij verblijft dan in afwachting van deze procedure in een huis van bewaring. Een hoger beroepsprocedure kan in de regel een jaar in beslag nemen. De ervaring leert dat het vonnis van de rechtbank, welke de maatregel heeft opgelegd, zelden ongedaan gemaakt wordt. Feitelijk is dan het gevolg dat betrokkene eerst een jaar in een huis van bewaring doorbrengt in afwachting op de uitspraak van het Gerechtshof en vervolgens alsnog moet worden geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis. Gedragkundig gezien is dit zeer onwenselijk daar de patiënt juist behandeling behoeft.⁵³ Het spreekt voor zich dat de strafrechtelijke procedures nu eenmaal lange tijd in beslag nemen,⁵⁴ doch bij de strafrechtelijke last is het probleem nijpender daar de strafrechter de maatregel kan opleggen voor maximaal een jaar.

De keuze van de maatregel zelf geeft al aan dat betrokkene behandeling behoeft doch door de lange beroepsprocedure kan hier pas na een jaar mee worden gestart. Eigenlijk doet iemand er dan verstandig aan geen hoger beroep in te stellen. Dit lijkt ons geen goede gang van zaken.

4.1.2 Opname

Indien het vonnis in kracht van gewijsde is gegaan begint de termijn van (maximaal) één jaar, waarvoor de maatregel is opgelegd, te lopen.⁵⁵ Het Openbaar Ministerie is belast met de uitvoering van de oplegging van de maatregel door de rechter (art. 553 Sv). Op het moment dat betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis wordt geplaatst, kent de strafrechtelijke last dezelfde regels met betrekking tot de interne rechtspositie als de civielrechtelijke machtiging (art. 51 lid 1 Bopz).

Artikel 51 lid 1 verklaart de artikelen 10 lid 2, 15 tot en met 18, 36 tot en met 50 en 56 tot en met 58 van de Wet Bopz van overeenkomstige toepassing. Aldus zijn de rechten van de patiënt tijdens het gedwongen verblijf gelijk aan die van een met een civielrechtelijke machtiging opgenomen patiënt. Verlof en ontslag vinden op gelijke wijze plaats. Na opneming is de situatie in beide gevallen hetzelfde.

De tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke last kan plaatsvinden in elk psychiatrisch ziekenhuis, dat is aangewezen als een instelling bedoeld in artikel 1 van de Wet Bopz. Onder psychiatrisch ziekenhuis wordt onder de Wet Bopz verstaan: "een door onze Minister als psychiatrisch ziekenhuis, verpleeginrichting dan wel zwakzinnigeninrichting aangemerkte zorginstelling of afdeling daarvan, gericht op behandeling, verpleging en verblijf van personen die gestoord zijn in hun geestvermogens..." (art. 1 lid 1 sub h Wet Bopz).

De Minister heeft bepaald dat onvrijwillige opnemingen alleen mogen plaatsvinden in (afdelingen van) instellingen die zijn aangemerkt als psychiatrisch ziekenhuis, als verpleeginrichting, of als zwakzinnigeninrichting.⁵⁶ Uit de enquête vloeit voort dat artikel 37-patiënten zich met name bevinden in FPK's en FPA's, slechts bij uitzondering kunnen ze terecht op een (gesloten) afdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis.

Het spreekt voor zich dat dit voor een groot deel wordt bepaald door de ernst van de psychische problematiek en de gevaarlijkheid van de patiënt (recidiverisico).

⁵³ Dit laat onverlet de mogelijkheid dat betrokkene als passant in een huis van bewaring wordt overgeplaatst naar een psychiatrisch ziekenhuis op grond van artikel 15 lid 5 Pbw indien er sprake is van detentieongeschiktheid.

⁵⁴ Het delict is in het strafrecht het centrale uitgangspunt.

⁵⁵ HR 25 mei 1990, NJ 1990, nr. 826.

⁵⁶ Zie: *Staatscourant* 26 juni 2001, nr. 120: "Aanmerking als instelling bedoeld in artikel 1 Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen". Onvrijwillige opnemingen kunnen slechts plaatsvinden in instellingen die door de minister als zodanig zijn aangewezen.

De rol van de Forensisch Psychiatrische Diensten

De plaatsing in het psychiatrisch ziekenhuis wordt gerealiseerd door de Forensisch Psychiatrische Dienst in de regio. Nadat het vonnis in kracht van gewijsde is gegaan, verkrijgt de Forensisch Psychiatrische Dienst van het Openbaar Ministerie het verzoek een plaats te vinden in een psychiatrisch ziekenhuis voor de veroordeelde. De Forensisch Psychiatrische Dienst zoekt vervolgens een geschikte plaats voor betrokkene en meldt deze bij de betreffende instelling aan, waardoor betrokkene op de wachtlijst komt te staan. Uit de interviews komt naar voren dat de Forensisch Psychiatrische Dienst in deze een bemiddelende functie vervult en dat veel opnames worden gerealiseerd door goede contacten onderling, tussen de Forensisch Psychiatrische Dienst en de psychiatrische ziekenhuizen in de regio. Deze goede contacten bevorderen een snelle opname, zo bleek uit de gesprekken gevoerd met psychiaters.

Passantenproblematiek

Nadat het vonnis in kracht van gewijsde is gegaan, bevindt de veroordeelde zich veelal in een Huis van bewaring als passant, in afwachting op een plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis, in een FPA, FPK dan wel een reguliere (gesloten) afdeling van een APZ. Gezien het feit dat betrokkene ontslagen is van rechtsvervolgning, naar aanleiding van de vaststelling van een psychische stoornis, op grond waarvan betrokkene volledig ontoerekeningsvatbaar is verklaard, is een penitentiaire instelling niet de aangewezen plaats om te verblijven.⁵⁷ De ex artikel 37 Sr opgenomen patiënten hebben, net als de ter beschikking gestelden, recht op behandeling⁵⁸ doch deze wordt hen door organisatorische en capaciteitsproblematiek onthouden.⁵⁹ Indien er plaats is bevinden de passanten zich op één van de bijzondere zorgafdelingen binnen het gevangeniswezen als de bijzondere zorgafdeling (BZA), de individuele begeleidingsafdeling (IBA) of de forensische observatie- en begeleidingsafdeling (FOBA).

De FOBA is oorspronkelijk ook (mede) bestemd voor mannelijke gedetineerden die wachten op een plaatsing ex art. 37 lid 1 Sr.⁶⁰ Deze bijzondere afdelingen hebben weliswaar een oplopende mate van zorg, individualisering en beveiliging, doch behandeling ontbreekt.

Een aantal psychiaters heeft in de interviews kenbaar gemaakt dat zij verschillende malen een ex art. 37 Sr veroordeelde patiënt opnamen van wie de resterende tijd van de maatregel twee maanden of minder bedroeg. Allen waren het erover eens dat behandeling in die resterende periode niet mogelijk is. Veelal werd na afloop van de termijn van de strafrechtelijke last getracht een civielrechtelijke machtiging te verkrijgen. Echter niet altijd wordt deze door de rechtbank afgegeven. De eisen waaraan moet worden voldaan ter verkrijging van een dergelijke machtiging, worden in het algemeen als vrij strikt ervaren. Volgens artikel 51 lid 1 van de Wet Bopz (waardoor artikel 15 van overeenkomstige toepassing wordt verklaard) dient een machtiging tot voortgezet verblijf te worden aangevraagd. Het gevaarscriterium lijkt hier nog strikter. Het gevaar dient namelijk tevens te bestaan binnen het psychiatrisch ziekenhuis. In de praktijk lijkt het lastig vast te stellen dat aan dit criterium wordt voldaan.⁶¹ Op die manier kan een situatie ontstaan dat de patiënt vrijkomt en een jaar lang van zijn vrijheid is beroofd zonder dat er enige vorm van behandeling heeft plaatsgevonden. Dit schiet het doel van de maatregel voorbij.

⁵⁷ Vergelijk Wijnheymer, Blaauw en Veen, 1998, p. 152.

⁵⁸ Dit recht vloeit voort uit de aard van de opgelegde maatregel, zie voorts voor de problematiek van tbs-passanten De Jonge en Knol, 2000 en Schepers, 2000.

⁵⁹ Hoezeer de (passanten van de) ex art. 37 Sr patiënten menigmaal in de vergetelheid raken, blijkt wel uit het gegeven dat deze categorie gedetineerden in het departementaal *Advies Forensisch Zorgbeleid Gevangeniswezen 2001* niet eens genoemd wordt.

⁶⁰ Circulaire van 20 mei 1981, nr. 392/381, *PI* 1981, 34. Hierin wordt expliciet vermeld dat de FOBA (mede) bestemd is voor mannelijke gedetineerden die wachten op een plaatsing ex artikel 37 lid 1 Sr.

⁶¹ Dit bleek bij de FPK's een minder groot probleem te zijn dan bij de FPA's, daar de FPK's een zwaardere categorie patiënten opnemen.

Het komt voor dat de ex artikel 37 Sr veroordeelde passanten soms een aantal maanden moeten wachten voordat ze in een psychiatrisch ziekenhuis kunnen worden geplaatst. De voornaamste redenen daarvoor zijn de gevaarlijkheid van betrokkene, beveiligingstechnische problemen, een weigering door het psychiatrisch ziekenhuis met een beroep op de wachtlijst, capaciteitsproblemen en personeelstekorten. Verder gaf een aantal instellingen te kennen dat tussen de aanmelding van de patiënt bij het psychiatrisch ziekenhuis en het moment dat het vonnis in kracht van gewijsde is gegaan vaak al een geruime periode is verstreken.

Tot slot is een aantal psychiaters de mening toegedaan dat de intakeprocedures van de instellingen teveel tijd in beslag nemen.

Jurisprudentie

Net als bij de tbs-passanten bestaat in de rechtspraak reeds geruime tijd aandacht voor de problematiek van de ex artikel 37 veroordeelde passanten.⁶² In een aantal gevallen is een kort geding tegen de staat aangespannen om alsnog de directe tenuitvoerlegging van de last te bereiken dan wel de betrokkene direct in vrijheid te stellen. Bij vonnis van 21 juli 1999 werd door de rechtbank te Den Haag een schadevergoeding aan een ex artikel 37 Sr veroordeelde passant toegekend, zoals reeds gebruikelijk is bij tbs-passanten indien er een bepaalde termijn (12 maanden) wordt overschreden.⁶³

De tenuitvoerlegging van de maatregel dient plaats te vinden in een daartoe bestemde inrichting. De strafrechtelijke last tot plaatsing valt onder de werkingssfeer van artikel 5 lid 1 sub e EVRM. De last dient te voldoen aan de voorwaarden gesteld in dit artikellid. Er dient een zekere relatie te bestaan tussen de grond waarop iemand wordt ingesloten en de plaats van zijn detentie.

Op 30 juli 1998 heeft het Europese Hof vonnis gewezen in een Belgische strafzaak welke tevens van belang is geweest voor de Nederlandse situatie.⁶⁴ In casu verbleef een Belg sedert zeven maanden in een psychiatrische afdeling van een gevangenis in plaats van in een aangewezen psychiatrische instelling. Het Europese Hof kwam tot de conclusie dat er geen sprake is geweest van een rechtmatige detentie gezien het feit dat er niet is voldaan aan de voorwaarden gesteld in artikel 5 lid 1 sub e van het EVRM.

Volgens het Europese Hof dient er een juiste verhouding te bestaan tussen het doel van de detentie en de condities waaronder die detentie plaatsvindt. Van belang is het verband tussen enerzijds de grond voor de vrijheidsbeneming en anderzijds de plaats van en de voorwaarden voor die detentie. Dus het behandeld worden is een vereiste voor de rechtmatigheid, maar de wijze van behandeling kan in beginsel in Straatsburg niet ten toets komen. Dit houdt in dat de manier waarop wordt behandeld aan de lidstaten is voorbehouden. De situatie waarin elke adequate behandeling ontbreekt, is wel voor een bepaalde tijd toegestaan maar kan niet al te lang duren. In casu was er geen sprake van een adequate behandeling in detentie gedurende een te lange tijd. Dit arrest is tevens voor de Nederlandse situatie van belang en geeft de Europese grenzen aan voor een passantentermijn voor zowel de ex artikel 37 Sr veroordeelde passanten als voor de tbs-passanten.

De bevelsbevoegdheid van de officier van justitie

Naar aanleiding van het arrest van de Hoge Raad van 27 februari 1998⁶⁵ is besloten artikel 51 lid 1 van de Wet Bopz aan te vullen door tevens artikel 10 lid 2 van de Wet Bopz van toepassing te verklaren op de ex artikel 37 veroordeelde patiënten.⁶⁶ De bedoeling hiervan is dat de

⁶² Zie o.a. andere: HR 25-03-1988, *NJ* 1988, 999, Hof Amsterdam 19-09-1996, *NJ* 1997, 236, Rechtbank Zwolle 20-10-1997, *BJ* 1998, 20, HR 27-02-1998, *NJ* 1998, 547.

⁶³ Zie Boone en Dane, 1999.

⁶⁴ EHRM 30 juli 1998, *NJ* 2000, nr. 416.

⁶⁵ HR 27 februari 1998, *NJ* 1998, nr. 547.

⁶⁶ *Kamerstukken II* 1998/1999, 26 527, nr. 5, p. 4. Deze lacune in de wetgeving is gesignaleerd door de Hoge Raad (HR

officier van justitie nu ook bij de strafrechtelijke last kan beschikken over de mogelijkheid een psychiatrisch ziekenhuis te bevelen betrokkene te doen opnemen, dit om de passantenproblematiek tegen te gaan. Echter gelet op de tekst van het eerste lid van artikel 51 lid 1 van de Wet Bopz zijn de genoemde artikelen, en dus ook artikel 10 lid 2, pas van overeenkomstige toepassing vanaf het moment dat betrokkene in het psychiatrisch ziekenhuis verblijft. Duidelijk zal zijn dat de officier van justitie aan de bevelsbevoegdheid niet veel heeft op het moment dat betrokkene zich reeds bevindt in een psychiatrisch ziekenhuis. Het verdient dan ook aanbeveling deze bevelsbevoegdheid van de officier van justitie bij de strafrechtelijke last tot plaatsing op een juiste wijze te regelen.

De bedoeling van de invoering van deze bevelsbevoegdheid zal duidelijk zijn en er wordt reeds, zij het in beperkte mate, gebruik van gemaakt. Dit lijkt te maken te hebben met het feit dat de Forensisch Psychiatrische Diensten goede contacten onderhouden met de psychiatrische ziekenhuizen in de regio en dat deze samenwerking meer oplevert dan wanneer er onder dwang zou worden geplaatst. Uit gesprekken met psychiaters van verschillende Forensisch Psychiatrische Diensten komt naar voren dat een snelle plaatsing vaak afhangt van goede persoonlijke contacten. "Indien je de individueel verantwoordelijke personen binnen een psychiatrisch ziekenhuis kent, is het veel makkelijker een plaatsing te realiseren", aldus één van de geïnterviewden.

Aanwijzing plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis⁶⁷

Op 1 mei 2001 is in werking getreden de aanwijzing, opgemaakt door het College van procureurs-generaal, van plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van artikel 37, lid 1 Sr. De aanwijzing heeft betrekking op de tenuitvoerlegging van de maatregel en de termijn van aanvang van een plaatsing. De bedoeling is de passantenproblematiek tegen te gaan en meer zicht te krijgen op de groep van de artikel 37-patiënten.

Het College van procureurs-generaal geeft aan dat het Openbaar Ministerie terughoudendheid moet betrachten bij vreemdelingen in het geval dat een artikel 37-plaatsing wordt gevorderd. "De tenuitvoerlegging van de maatregel is mede gericht op resocialisatie in de Nederlandse maatschappij. Voor personen die na ommekomst van de maatregel uit Nederland worden verwijderd, is een dergelijke behandeling derhalve vanuit die optiek niet zinvol. Bovendien kan wanneer de pz-maatregel ten uitvoer moet worden gelegd het belang van een tijdige behandeling in het land van herkomst gefrustreerd worden."

In de aanwijzing wordt er melding van gemaakt dat er een landelijke registratie is opgezet onder toezicht van het ministerie van Justitie van alle personen die in Justitie-inrichtingen verblijven en van wie het aangewezen is dat zij, al dan niet tijdelijk, in een VWS-voorziening worden ondergebracht. Volgens de aanwijzing is reeds een aanvang gemaakt met een centrale registratie van personen aan wie een maatregel ex artikel 37 Sr is opgelegd. Deze registratie is ondergebracht bij de Forensisch Psychiatrische Diensten van het ministerie van Justitie. Registratie dient te worden bijgehouden door middel van een standaardformulier.

Verder is een aantal procedurele afspraken op schrift gesteld:

1. De FPD bemiddelt bij de tenuitvoerlegging van een pz-maatregel. Het OM behoudt de executieverantwoordelijkheid. (...) De FPD wordt dus met de tenuitvoerlegging belast.
2. Zodra opname is gerealiseerd geeft de FPD in het betreffende arrondissement hiervan kennis aan het OM.
3. Indien de executerende OvJ of A-G na 2 maanden nog geen bericht van de FPD in het

27 februari 1998, *NJ* 1998, nr. 547) wat tot onder andere een wetswijziging heeft geleid.

⁶⁷ Aanwijzing plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (PZ-maatregel) op grond van artikel 37, lid 1 WvSr, *Staatscourant* 26 april 2001, nr. 81 / pag. 16.

betreffende ressort/arrondissement heeft ontvangen, rappelleert hij de FPD.”

Verder geeft de aanwijzing melding van de mogelijkheid die de officier van justitie heeft de plaatsing te bevelen.⁶⁸

Tevens is het van groot belang dat het Openbaar Ministerie binnen twee weken, nadat de rechterlijke beslissing onherroepelijk is geworden, contact opneemt met de Forensisch Psychiatrische Dienst over de plaatsing in een daarvoor in aanmerking komend psychiatrisch ziekenhuis. Tot slot staat in de aanwijzing vermeld dat de minister van VWS in een brief van 9 februari 1998 de besturen en directies van algemene psychiatrische ziekenhuizen heeft gewezen op hun verantwoordelijkheid voor de groep van artikel 37-passanten. “Het enkele feit dat de rechter deze maatregel heeft opgelegd, houdt in dat het psychiatrisch ziekenhuis een zorgplicht heeft om betrokkene op te nemen.”

4.1.3 Verblijf

Art. 51 lid 1 Wet Bopz: *“de artikelen 10, tweede lid, 15 tot en met 18, 36 tot en met 50 en 56 tot en met 58 zijn, onverminderd het bepaalde in het tweede lid, van overeenkomstige toepassing met betrekking tot personen die op grond van een uitspraak van de strafrechter als bedoeld in artikel 37, eerste lid, van het Wetboek van Strafrecht in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven.”*

Vanaf het moment dat betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis is geplaatst, heeft deze ingevolge art. 51 lid 1 Wet Bopz, dezelfde rechten en plichten als een reguliere psychiatrische patiënt die gedwongen is opgenomen op grond van een rechterlijke machtiging dan wel een inbewaringstelling. Het is van belang zich te realiseren dat deze artikelen pas van toepassing zijn vanaf het moment dat betrokkene feitelijk in het psychiatrisch ziekenhuis verblijft, dus niet direct nadat het vonnis onherroepelijk is geworden en betrokkene zich bevindt in een huis van bewaring.⁶⁹ Uitgangspunt is dat de interne rechtspositie afhangt van de plaats waar betrokkene op dat moment verblijft, ongeacht diens juridische titel.

Op het moment dat betrokkene zich bevindt in een huis van bewaring als ex artikel 37 veroordeelde passant is op hem de Penitentiaire beginselenwet (Pbw) van toepassing.

Gekozen is voor een systeem waarin de regeling van de rechtspositie wordt bepaald door de status van de inrichting waarin men verblijft.⁷⁰ Indien men de rechtspositie zou laten afhangen van de juridische titel dan zou dit in de praktijk tot onwerkbaar situaties leiden. “Het personeel zou immers bij elke beslissing die wordt genomen zich moeten afvragen op basis van welke titel de betreffende persoon is opgenomen en welke regels daarvoor van toepassing zijn. Een dergelijk systeem zou ook tot verwarring leiden tussen de opgenomen personen onderling als ten aanzien van hen op verschillende wijzen wordt gereageerd.”⁷¹

Toepasselijke wetgeving

Zoals reeds vermeld, verklaart het eerste lid van artikel 51 van de Wet Bopz de volgende artikelen van overeenkomstige toepassing op artikel 37-patiënten die zich bevinden in een psychiatrisch ziekenhuis: 10 lid 2 (opnameplicht psychiatrisch ziekenhuis), 15 t/m 18 (machtiging tot voortgezet verblijf), 36 t/m 50 (interne rechtspositie, verlof en ontslag) en 56 t/m 58 (vastlegging gegevens, informeren van inspectie en OvJ).

Daarnaast zijn van belang de besluiten die behoren tot de Wet Bopz als het Besluit middelen en maatregelen, Besluit patiëntendossier, Besluit klachtenbehandeling en het Besluit rechtspositieregelen Bopz.

⁶⁸ In de vorige paragraaf is reeds melding gemaakt van het feit dat de bevelsbevoegdheid juridisch gezien op een onjuiste wijze is geregeld.

⁶⁹ Rb Amsterdam 5 juli 2000, *BJ* 2000, nr. 60.

⁷⁰ *Kamerstukken II* 1994-1995, 23 445, nr. 9, p. 3.

⁷¹ *Kamerstukken II* 1994-1995, 23 445, nr. 9, p. 3

Verder is op hen van toepassing de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

Tot slot zijn op betrokkene tevens van toepassing de in het psychiatrisch ziekenhuis geldende huisregels.

Volgens het Besluit⁷² bevatten deze geen andere regelingen dan die welke noodzakelijk zijn voor een ordelijke gang van zaken in het psychiatrisch ziekenhuis. “Zij beperken de vrijheid van handelen van de patiënt niet verder dan voor een dergelijke gang van zaken nodig is.”

Psychische problematiek

Uit het onderzoek komt naar voren dat de psychische problematiek van ex artikel 37 Sr geplaatsten als zeer ernstig wordt ervaren. Er zou, naast psychotische ontregeling, sprake zijn van in ernst toegenomen persoonlijkheidsproblematiek, die ze ongeschikter maakt voor een verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis.

Dit heeft tot gevolg dat deze patiënten slechts in aanmerking komen voor een plaatsing in een FPK dan wel een FPA en niet op een reguliere afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis, terwijl dit juridisch gezien mogelijk is. Een aantal psychiaters van verschillende FPA's is de mening toegedaan dat de problematiek veelal niet in verhouding staat tot de zwaarte van de maatregel. Een aantal FPA's lijkt onvoldoende te zijn uitgerust voor deze groep van patiënten voor wat betreft de beveiliging. Dit zal per instelling verschillen. Zoals reeds vermeld, is de ene FPA in staat een zwaardere groep op te nemen dan een andere FPA.

Vergelijking tussen de reguliere psychiatrische patiënten en de patiënten ex artikel 37 Sr

In een studie van Van Gestel e.a.⁷³ worden forensische patiënten met een last conform artikel 37 Sr vergeleken met patiënten met een rechterlijke machtiging conform de Wet Bopz. Daarbij is gekeken naar demografische variabelen, behandelbaarheid, beheersbaarheid en doorstroming.

Hierin kwamen de auteurs tot het volgende: “Patiënten met een last conform artikel 37 Sr bleken vaker alleenstaande mannen van buitenlandse (Noord-Afrikaanse) herkomst te zijn. In tegenstelling tot de gangbare aanname verschilden diagnoses, behandelbaarheid, beheersbaarheid en doorstroming weinig van die patiënten met een rechterlijke machtiging. Wel waren patiënten in een FPK bewerkelijker. Wachtijd tussen de uitspraak van de last en plaatsing in een psychiatrische instelling beïnvloedde behandelbaarheid, beheersbaarheid en doorstroming ongunstig.” Zij concludeerden dan ook het volgende: “Om patiënten met een last conform artikel 37 Wetboek van Strafrecht effectief en efficiënt te behandelen, wordt een kort traject tussen delictpleging en de start van een behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis aanbevolen.” In deze adviseren Mol en Stalman (2000) het verder uitbouwen van forensisch psychiatrische netwerken, die snelle consultatie en overplaatsing mogelijk maken bij het ontstaan van problemen in behandelbaarheid en beheersbaarheid.⁷⁴

Een aantal psychiaters heeft kenbaar gemaakt dat de opnames niet te veel dienen te worden afgedwongen door de officier van justitie omdat dit ten koste zou gaan van de vruchtbare samenwerking tussen de Forensisch Psychiatrische Diensten en de psychiatrische ziekenhuizen terwijl deze samenwerking nu juist zo bepalend is voor een spoedige plaatsing.

Het onderzoek van Van Gestel et al is van belang, doch wel willen wij wijzen op het feit dat er gebruik is gemaakt van materiaal dat betrekking heeft op 1996. Er is in de afgelopen vijf jaar veel gewijzigd.

Er is meer aandacht gekomen voor de praktijk van de forensische psychiatrie met al haar knelpunten, er zijn enkele voorzieningen (specifiek voor forensische patiënten) bijgekomen en

⁷² *Kamerstukken II 1993-1994, Besluit rechtspositieregelen Bopz, nr. 561, p. 1.*

⁷³ C.J. van Gestel, C.h. van Nieuwenhuizen en R.A. Achilles, 2001.

⁷⁴ Mol en Stalman, 2000, p. 1123-1130.

er zijn meer samenwerkingsverbanden, forensische netwerken genaamd, ontstaan. Verder komt uit het onderzoek van Van Gestel e.a. naar voren dat de respondenten hebben aangegeven opname van patiënten met een strafrechtelijke last in een psychiatrische instelling geen groot probleem te vinden.

Uit de interviews die zijn gevoerd met gedragskundigen van de verschillende FPA's komt juist naar voren dat een aantal instellingen wel degelijk moeite heeft met opname van deze patiënten, ondanks het feit dat ze speciaal voor deze groep van patiënten in het leven zijn geroepen.⁷⁵ Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door de ernst van de problematiek en de mate van gevaarlijkheid. Zoals vermeld, is een aantal respondenten van mening dat de ernst van de problematiek in het algemeen toeneemt en dat de aard van de maatregel niet meer in verhouding staat tot de ernst van het gepleegde delict en de psychische stoornis.⁷⁶

De ernst van de problematiek zorgt ervoor dat behandeling binnen een jaar zelden afdoende lijkt te zijn. Hieruit vloeit voort dat medewerkers van een aantal FPA's de mening is toegedaan dat de Wet Bopz geen geschikt kader voor deze patiënten bevat. De wet zou te weinig mogelijkheden bieden om goed te kunnen reageren op beheers- en behandelproblematiek.⁷⁷ Met mogelijkheden kan gedacht worden aan het kunnen nemen van bepaalde maatregelen zoals verplichte urine-controles en het mogen onderzoeken/fouilleren van het bezoek. Dit om drugsgebruik op de afdelingen beter te controleren en tegen te gaan.

In enkele instellingen heeft men dit trachten op te lossen via de huisregels en het behandelplan. In het behandelplan wordt dan bijvoorbeeld opgenomen dat betrokkene vrijwillig zal meewerken aan urinecontroles.

Doet hij dit niet dan wordt dit weigeren aangemerkt als gedrag dat het behandelplan frustreert. Enkele instellingen hebben hieromtrent weer het een en ander geregeld in de huisregels waarin staat dat indien iemand niet meewerkt aan een urinecontrole het onderzoeksresultaat als positief wordt beschouwd en betrokkene in overtreding is.

Er zijn tevens instellingen die in het onderzoek te kennen geven geen justitiële instelling te zijn doch een GGz-instelling, waar geen plaats is voor mogelijkheden tot ingrijpen zoals dit mogelijk is in het justitiële veld.⁷⁸ De meeste zijn van mening dat dergelijke maatregelen en sancties buiten de deur van de GGz gehouden dienen te worden. Of de wet geschikt is voor deze patiënten lijkt samen te hangen met de aard en het karakter van de instelling en met de criteria ter zake van de opname. Wanneer een psychiatrisch ziekenhuis de lastige patiënten weigert met een beroep op de contra-indicaties tot opname, dan zal de instelling ook minder moeite hebben met de toepassing van de Wet Bopz en met forensisch psychiatrische patiënten. Duidelijk zal zijn dat dit probleem niet alleen speelt voor de ex artikel 37 veroordeelde patiënten doch voor de gehele justitiële populatie welke zich bevindt in een psychiatrisch ziekenhuis. Hierop zal later in het rapport nog worden teruggekomen.

⁷⁵ De FPK's te Eindhoven en Amsterdam ondervinden vrijwel geen bijzondere problemen met de strafrechtelijke last tot plaatsing. Dit lijkt voort te vloeien uit het feit dat deze instellingen meer zijn toegesneden op een zwaardere populatie. De beveiliging speelt daarbij een grote rol. Door de specifieke opnamecriteria die voor de FPK te Assen gelden, worden daarmee tevens bijzondere problemen buiten de deur gehouden.

⁷⁶ Een enkele psychiater merkte op dat er een ontwikkeling gaande is die als psychiatrisering van ernstige vormen van criminaliteit kan worden aangemerkt. Maar instellingen van de geestelijke gezondheidszorg kunnen met deze personen veelal ook niet uit de voeten.

⁷⁷ Medewerkers van een instelling gaven zelfs aan dat de plaatsing veelal niet correspondeert met wat er op de betreffende FPA geboden kan worden aan behandeling en beheersing.

⁷⁸ Het treffen van middelen en maatregelen dan wel dwangbehandeling kan slechts plaatsvinden op grond van een dreigende noodsituatie respectievelijk ernstig gevaar binnen het psychiatrisch ziekenhuis. Vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen slechts worden getroffen indien moet worden gevreesd voor ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt dan wel indien ter voorkoming van de verstoring van de orde in het ziekenhuis zoals in de huisregels beschreven of ter voorkoming van strafbare feiten (art. 38, 39 en 40 Wet Bopz).

De mogelijkheid tot terugplaatsing

Waar bijna alle respondenten melding van maken is, dat de groep van ex artikel 37 Sr veroordeelde patiënten niet kan worden terug geplaatst naar een instelling van herkomst, hetgeen dit wel mogelijk is bij ter beschikking gestelden of gedetineerden. Dit wordt als een groot gebrek ervaren. Het is voor het psychiatrisch ziekenhuis van belang deze mogelijkheid altijd achter de hand te hebben. Dit zorgt er tevens voor dat een dergelijke patiënt wellicht eerder wordt opgenomen omdat er altijd de mogelijkheid bestaat tot terugplaatsing indien het mis gaat in het psychiatrisch ziekenhuis. Een aantal instellingen heeft een zogenaamde achteropvang gecreëerd door het maken van afspraken met omliggende instellingen om patiënten daar tijdelijk te plaatsen, mocht het verblijf ernstige problemen opleveren.

De terugplaatsingsmogelijkheid die er is bij een ter beschikking gestelde of gedetineerde biedt een bepaalde vorm van zekerheid waar bij de ex artikel 37 Sr veroordeelde patiënten geen sprake van is. Indien een dergelijk persoon aldaar is geplaatst, draagt het psychiatrisch ziekenhuis volledige verantwoordelijkheid.

Verantwoordelijkheden

Dit brengt ons tot een volgend probleem wat samenhangt met het verblijf van de artikel 37-patiënten. Op het moment van plaatsing gaat de verantwoordelijkheid over op het psychiatrisch ziekenhuis. Hieruit vloeit voort dat indien een artikel 37-patiënt gedurende zijn verblijf in de omgeving van de instelling overlast bezorgt of een delict pleegt het psychiatrisch ziekenhuis voor de schade verantwoordelijk kán worden gesteld. Een van de psychiatrische ziekenhuizen heeft dit een aantal malen meegemaakt met een patiënt die zich op dat moment bevond in een FPA. De verantwoordelijkheid, die het psychiatrisch ziekenhuis daarmee krijgt, wordt als zwaar ervaren. Het spreekt voor zich dat het psychiatrisch ziekenhuis voor een reguliere psychiatrische patiënt tevens verantwoordelijkheden draagt, en dat een reguliere psychiatrische patiënt tevens een delict kan plegen, doch uit het onderzoek komt naar voren dat ex artikel 37 veroordeelde patiënten gevaarlijker en risicovoller worden ingeschat dan een reguliere psychiatrische patiënt.

4.1.4 Verlof en ontslag

Zoals reeds vermeld, wordt de last opgelegd voor de duur van maximaal één jaar. De termijn begint te lopen vanaf het moment dat het vonnis onherroepelijk is geworden. Echter op het moment dat betrokkene daadwerkelijk in een psychiatrisch ziekenhuis is geplaatst zijn volgens artikel 51 lid 1 Wet Bopz, de regels met betrekking tot het verlof en ontslag op hem van toepassing. Dit heeft tot gevolg dat wanneer de geneesheer-directeur de mening is toegedaan dat de redenen die ten grondslag liggen aan het gedwongen verblijf niet meer van toepassing zijn, hij betrokkene (onder bepaalde voorwaarden) verlof kan verlenen dan wel uit het psychiatrisch ziekenhuis kan ontslaan (artt. 45 tot en met 50 Wet Bopz). De termijn van een jaar waarvoor de strafrechtelijke last veelal wordt opgelegd, behoeft niet volgemaakt te worden aangezien de regelingen van de Bopz, na feitelijke opname in de instelling, in werking treden. De beslissing tot het verlenen van verlof dan wel ontslag wordt aan de geneesheer-directeur overgelaten en veelal wordt de officier van justitie van een dergelijke beslissing in kennis gesteld. De strafrechter kent geen bemoeienis met de beëindiging van de maatregel.

Knelpunten met betrekking tot het verlof en ontslag

Uit het onderzoek vloeit voort dat de termijn van een jaar als niet afdoende wordt beschouwd om betrokkene goed te kunnen behandelen. Veelal gaat van dat jaar ook nog een aantal maanden verloren daar betrokkene een tijd als passant in een Huis van bewaring doorbrengt. In de praktijk wordt er dan na één jaar een civielrechtelijke machtiging aangevraagd.

Wenst betrokkene echter vrijwillig in de instelling te verblijven dan is niet voldaan aan de

voorwaarden om betrokkene gedwongen te doen verblijven. De Wet Bopz heeft dan geen gelding. Indien betrokkene dan nog als gevaarlijk wordt ingeschat dan fungeert de Wet Bopz niet eens meer als kader mocht er iets gebeuren, aldus enkele geïnterviewden.

Een aantal respondenten heeft te kennen gegeven het ontbreken van toezicht van justitie en het ontbreken van ieder reclasseringscontact als een gebrek/gemis te ervaren. Er zou veel baat bij zijn wanneer er een mogelijkheid bestond vanuit de reclassering iemand ambulant te begeleiden na afloop van de maatregel.

Tot slot liet een aantal geïnterviewden weten dat sommige rechtbanken een voorlopige machtiging verleent na afloop van de termijn van de strafrechtelijke last, op verzoek van het psychiatrisch ziekenhuis. Artikel 51 lid 1 van de Wet Bopz verklaart artikel 15 van overeenkomstige toepassing, waardoor na afloop van de termijn van de maatregel een machtiging tot voortgezet verblijf dient te worden verleend en niet een voorlopige machtiging. Toch blijkt hier in de praktijk enige onduidelijkheid over te bestaan; volgens een aantal respondenten was na afloop van de strafrechtelijke last tot plaatsing een voorlopige machtiging verleend voor de duur van een half jaar.

4.1.5 Conclusie

Door de Inspectie en een aantal psychiaters van FPD's werd een schatting gemaakt van gemiddeld negentig opleggingen per jaar landelijk. Op de peildatum van 1 januari 2001 bevonden minimaal 43 ex artikel 37 Sr-patiënten zich in Bopz-instellingen.⁷⁹ Voor wat betreft de rechtspositie van een ex artikel 37 Sr-patiënt bestaan in de praktijk geen onduidelijkheden. In het kort noemen wij een aantal knelpunten betreffende de ex artikel 37 veroordeelde patiënten. Vastgesteld kan worden dat een aantal respondenten het verschil in controle van justitie op een ter beschikking gestelde en een ex artikel 37 Sr veroordeelde patiënt te groot acht. Er wordt gepleit voor een verplicht reclasseringstoezicht na afloop van de strafrechtelijke last tot plaatsing, mede gezien de, in vergelijking met de tbs, niet al te zware aard van de maatregel in combinatie met de ernst van de psychische problematiek. Verder de kwestie van het hoger beroep. De wetgever dient aandacht te besteden aan de beschreven problematiek. De duur van de strafrechtelijke procedure neemt veel tijd in beslag en dit lijkt niet in verhouding te staan tot de duur van de in eerste instantie opgelegde maatregel met de maximale termijn van één jaar. Daarnaast willen wij pleiten voor een spoedige registratie van de ex artikel 37 Sr veroordeelde patiënten om meer zich te krijgen op de specifieke kenmerken van deze patiëntenpopulatie. Zoals vermeld is daar reeds een aanvang mee gemaakt. Widdershoven⁸⁰ heeft aandacht besteed aan de regeling van artikel 37 Sr en hierop kritiek geuit die vanuit dit onderzoek wordt onderschreven. Het betreffen tekstuele opmerkingen die evenwel in de praktijk geen probleem lijken op te leveren. In tegenstelling tot de Wet Bopz ontbreekt het in artikel 37 Sr aan een expliciete verwijzing naar de relatie tussen de geestesstoornis van betrokkene en het gevreesde gevaar waarvan afwendingsmaatregelen worden beoogd. In de Wet Bopz betreft dit één van de voorwaarden om een gedwongen opname te realiseren. Indien deze relatie niet expliciet wordt aangegeven, zou naar de letter van de wet de maatregel direct na effectuering opgeheven moeten worden ontdaan, daar bij opnemingsmaatregelen in het psychiatrisch ziekenhuis de ontslagregelingen van de Wet Bopz onverkort van toepassing zijn via de schakelbepaling van artikel 51 lid 1. Daarnaast houdt artikel 37 Sr geen rekening met het de mogelijkheid dat betrokkene zou instemmen met een opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Ook dan wordt volgens de Wet Bopz niet voldaan aan de voorwaarden voor een gedwongen opname in de psychiatrie en zou de geneesheer-directeur direct kunnen overgaan tot ontslag daar, zoals vermeld, de ontslagregelingen onverkort op de ex artikel 37 Sr veroordeelde patiënt van toepassing zijn (art. 51 lid 1 Wet Bopz)

⁷⁹ Er bestaat een verschil tussen het aantal opleggingen en de resultaten verkregen uit de enquête omtrent het verblijf (zie § 3.2). Het verschil kan worden verklaard door de groep van passanten verblijvende in huizen van bewaring en in de onnauwkeurigheid van de enquête en de schatting van de Inspectie en een aantal psychiaters van FPD's.

⁸⁰ *Handboek voor Opnemingsmaatregelen en Verblijf*, 2000, p. C1/Art. 51- 32-36.

4.2 De terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging

Artikel 37a lid 1 Sr: *“De verdachte bij wie tijdens het begaan van een strafbaar feit gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens bestond, kan op last van de rechter ter beschikking worden gesteld indien:*

het door hem begane feit een misdrijf is waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf van vier jaar of meer is gesteld dan wel behoort tot een der misdrijven omschreven in de artikelen 132, 285, eerste lid, 318, 326a van het wetboek van Strafrecht, 175, tweede lid, van de Wegenverkeerswet 1994, 11, tweede lid van de opiumwet, of de overtreding is omschreven in artikel 432 onder 3 van het wetboek van strafrecht, en de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van die maatregel eist.”

Artikel 37b lid 1 Sr: *“De rechter kan bevelen dat de ter beschikking gestelde van overheidswege wordt verpleegd, indien de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen de verpleging eist.”*

4.2.1 Oplegging

De tweede strafrechtelijke maatregel welke de rechter voorhanden heeft indien aan betrokkene de daad niet kan worden toegerekend, betreft de maatregel van terbeschikkingstelling.

Doelstelling

De tbs-maatregel is erop gericht het risico van ernstige criminaliteit zoveel mogelijk te verminderen. In de *Nota tbs*⁸¹ wordt deze primaire doelstelling van de maatregel als volgt onder woorden gebracht:

“De samenleving moet beveiligd kunnen worden tegen personen die (...) geacht worden een onaanvaardbaar gevaar te vormen door de kans dat zij spoedig zullen recidiveren. De maatregel van tbs vindt in deze noodzaak zijn legitimatie.”

In het kader van de tbs wordt getracht deze beveiliging te realiseren door de onbepaalde termijn van detentie en door het door forensisch-psychiatrische behandeling zodanig doen verbeteren van het psychosociale functioneren van de ter beschikking gestelde dat deze geacht wordt niet langer een onaanvaardbaar gevaar voor de samenleving te zijn. De doelstelling van de maatregel kan worden gedefinieerd in termen van de preventie van recidiveren. Op korte termijn wordt deze doelstelling gerealiseerd door het feit dat hij van de maatschappij is afgezonderd. Op lange termijn wordt de doelstelling gerealiseerd door de behandeling die plaatsvindt. Indien deze succesvol is verlopen, dan vormt de ter beschikking gestelde geen onaanvaardbaar risico meer voor de maatschappij en valt de grond voor tbs dus weg.⁸²

In het *Handboek Rechtspositie TBS-gestelden* wordt de doelstelling van de tenuitvoerlegging van de maatregel als volgt uitgedrukt⁸³: *“De concreet met tenuitvoerlegging belaste organen, de justitiële en niet-justitiële inrichtingen, hebben als doelstelling de verpleging van betrokkene. De inrichtingen scheppen een sociotherapeutisch milieu en stellen een, op de individuele verpleegde afgestemd, verpleging- en behandelingsplan op. (...) De beveiliging van de samenleving is de randvoorwaarde waaronder de behandeling kan plaatsvinden.*

De beveiligingsopdracht, die in de verpleging besloten ligt, stelt beperkingen aan de behandelingsmogelijkheden.

De behandeling is gericht op een dusdanige vermindering van de uit de stoornis voortvloeiende gevaarlijkheid van de tbs-gestelden voor de veiligheid van anderen dan de tbs-gestelden of de algemene veiligheid van personen of goederen dat hun terugkeer in de maatschappij verant-

⁸¹ *Tbs een bijzondere maatregel*, 1991, p. 59.

⁸² Leuw, 1995, p. 39, 55.

⁸³ De Boer e.a. (red.), 2001.

woord is.” Deze doelstelling staat tevens, zij het beknopter, beschreven in artikel 2 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden.

Voorwaarden voor oplegging

Aan welke voorwaarden moet zijn voldaan, wil tbs kunnen worden opgelegd?

Allereerst eist art. 37a Sr, dat bij de verdachte tijdens het begaan van het feit een ziekelijke psychische stoornis heeft bestaan, op grond waarvan het feit aan de dader niet of in verminderde mate kan worden toegerekend. Het gaat dan respectievelijk om de ontoerekeningsvatbaarheid, de sterk verminderde toerekeningsvatbaarheid en de verminderde toerekeningsvatbaarheid (art. 39 Sr).

Er dient sprake te zijn van een psychisch ziektebeeld of een verstandelijk defect op grond waarvan het begane feit door de rechter niet aan de verdachte kan worden toegerekend. Het is de rechter die de daad aan de dader al dan niet of verminderd toerekent, maar alvorens tot zijn beslissing daaromtrent te komen, laat hij zich voorlichten door forensisch gedragskundigen.

Er dient derhalve sprake te zijn van een causaal verband tussen de geestelijke afwijking en het begane feit (art. 37a lid 1 en 2 Sr).⁸⁴ Behalve tijdens het begaan van het feit zal de stoornis, wil tbs opgelegd kunnen worden, nog wel aanwezig moeten zijn tijdens de berechting.⁸⁵

Verder dient het feit, dat de persoon heeft gepleegd, een misdrijf te zijn waarop naar de wettelijke omschrijving een gevangenisstraf is gesteld van vier jaar of meer. De wetgever heeft tevens een aantal andere delicten genoemd in het eerste lid waarvoor de maatregel kan worden opgelegd.

Tot slot dient de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van de maatregel eisen.

Termijn

De tbs geldt bij de oplegging voor de tijd van twee jaar (art. 38d lid 1 Sr). De termijn kan echter door de rechter op vordering van het Openbaar Ministerie telkens met een of twee jaar worden verlengd indien de maatregel is opgelegd ter zake van een misdrijf dat gericht is tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam van een of meer personen en wanneer de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen die verlenging eist. De gemaximeerde tbs kan niet langer dan in totaal vier jaar duren. Bij iedere verlenging staat de vraag van het recidivegevaar centraal. In de praktijk gaat het in het overgrote merendeel van de gevallen om een ongemaximeerde tbs.

De plaats van de tenuitvoerlegging

De rechter kan bevelen dat de ter beschikking gestelde van overheidswege wordt verpleegd (art. 37b Sr). Artikel 37d Sr geeft aan waar de tenuitvoerlegging dient plaats te vinden. Het bepaalt dat ter beschikking gestelden kunnen worden verpleegd in door de minister van Justitie aangewezen:

- a. particuliere inrichtingen, in beheer bij een in Nederland gevestigde rechtspersoon;
- b. rijksinrichtingen.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen justitiële en niet-justitiële inrichtingen. De justitiële inrichtingen vallen onder de verantwoordelijkheid van Justitie en de niet-justitiële inrichtingen vallen onder de verantwoordelijkheid van VWS en hebben een overeenkomst gesloten met het ministerie van Justitie.

Ter beschikking gestelden met bevel tot verpleging van overheidswege kunnen dus tevens worden opgenomen in niet-justitiële inrichtingen die daartoe door de minister van Justitie zijn aangewezen.

⁸⁴ *Studieboek Materieel Strafrecht*, 1998, p. 74 e.v.

⁸⁵ Hazewinkel-Suringa en R Emmelink, 1995, p. 749.

Te weten de FPK van het psychiatrisch ziekenhuis GGzE te Eindhoven, de FPK van GGz Drenthe te Assen, de FPK De Meren te Amsterdam en de instelling voor verstandelijk gehandicapten Hoeve Boschoord te Vledder. Deze niet-justitiële tbs-klinieken maken deel uit van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis dan wel van een geïntegreerde voorziening van de geestelijke gezondheidszorg. In de praktijk vindt de tenuitvoerlegging van een terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging niet plaats op een FPA dan wel een algemene afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis.

Dit geschiedt slechts in het kader van het proefverlof dan wel in het kader van de voorwaardelijke beëindiging van de tbs met bevel tot verpleging.⁸⁶

Omdat het hier betreft particuliere inrichtingen, niet zijnde justitiële inrichtingen als bedoeld in artikel 90quinquies lid 2 Sr, is in deze inrichtingen de Beginselenwet Verpleging Ter beschikking (Bvt) gestelden niet van toepassing met uitzondering van de regeling omtrent het verlof en het proefverlof. De Bvt is van toepassing in de justitiële tbs-klinieken en regelt de interne rechtspositie van de ter beschikking gestelde. Gekozen is voor een systeem dat de interne rechtspositie van een gedetineerde wordt bepaald door de bestemming van de inrichting waarin hij wordt opgenomen. De minister van Justitie is belast met het algemeen toezicht en de Inspectie houdt toezicht op grond van de Kwaliteitswet op de door de instelling aangeboden zorg. Alle instituten waar ter beschikking gestelden kunnen worden opgenomen betreffen psychiatrische ziekenhuizen als bedoeld in artikel 90sexies Sr.⁸⁷

4.2.2 Opname

Nadat de rechter aan betrokkene de maatregel van ter beschikkingstelling heeft opgelegd, bevindt deze zich gedurende enige tijd als passant in een huis van bewaring in afwachting van een plaats in een van de klinieken, genoemd in artikel 37d Sr.

Plaatsing dient in principe te geschieden voordat er zes maanden zijn verstreken.

Onder bepaalde voorwaarden kan dit moment enkele maanden worden uitgesteld (art. 11 en 12 Bvt). Op de problematiek van de tbs-passanten zal hier verder niet worden ingegaan gezien de geringe relevantie ervan voor dit onderzoek.⁸⁸

Vereenvoudigde plaatsingssystematiek

Tot voor kort vond selectie van ter beschikking gestelden plaats vanuit het dr. F.S. Meijers Instituut te Utrecht onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Justitie. Aldaar werd betrokkene gedurende enige tijd onderzocht teneinde hem te doen plaatsen in de voor hem meest geschikte instelling.

Sinds de implementatie van het rapport IBO II hebben alle instellingen de plicht om a-select op te nemen. Het dr. F.S. Meijers Instituut⁸⁹ heeft zijn selectiefunctie verloren en er vindt een vereenvoudigde plaatsing plaats door het Ministerie van Justitie.⁹⁰ Dit houdt in dat iedere tbs-gestelde geplaatst kan worden in een kliniek als bedoeld onder artikel 37d Sr. Bij de plaatsing wordt rekening gehouden met de eisen ten aanzien van de bescherming van de maatschappij en met de behandeling die betrokkene behoeft (art. 11 Bvt). De plaatsing geldt als een onvrijwillige opname in een daartoe bestemde inrichting (art. 37d Sr).

⁸⁶ Uit een gesprek met medewerkers van een FPA kwam naar voren dat een justitiële tbs-kliniek een ter beschikking gestelde (zonder proefverlof) heeft geplaatst in de desbetreffende FPA. Deze plaatsing geschiedde in overeenstemming met Justitie en de directie van het psychiatrisch ziekenhuis. Doch in de praktijk bleek het voor de medewerkers van het psychiatrisch ziekenhuis veelal onduidelijk op grond van welke titel de ter beschikking gestelde zich in de inrichting bevond.

⁸⁷ Hier wordt in § 4.2.3 nader op ingegaan.

⁸⁸ Zie o.a. HR 5 juni 1998, NJ 1998, nr. 741, Hof Amsterdam 25 februari 1999, *Sancties*, afl. 4, 1999 en Beroepscommissie tbs 17 februari 1999, *Sancties*, afl. 4, 1999; zie ook Boone en Dane, 1999.

⁸⁹ Het dr. F.S. Meijers Instituut is nu een behandelkliniek, dr. F.S. Meijerskliniek geheten.

⁹⁰ De term vereenvoudigde plaatsingssystematiek wordt gebezigd daar er bij de - niet geheel a-selecte - plaatsing wordt gekeken naar vier criteria te weten: sekse, persoonlijkheidsproblematiek/psychose, IQ beneden dan wel boven de 80 en de mate van beheersbaarheid resp. vluchtgevaarlijkheid.

Verder speelt mee de regio van herkomst van de ter beschikking gestelde. Hier wordt rekening mee gehouden om de resocialisatiefase beter te doen aansluiten op het leefmilieu van betrokkene.

Jurisprudentie

In het kader van de opname behoeft het arrest van de Hoge Raad van 20 november 1998 bijzondere aandacht. Deze uitspraak is gedaan naar aanleiding van een verleende vordering van een rechterlijke machtiging op grond van de Wet Bopz.⁹¹ Betrokkene verbleef sedert enkele jaren in een justitiële tbs-inrichting op grond van de maatregel van terbeschikkingstelling. De termijn waarbinnen de Officier van Justitie een verlenging dient te vorderen, verstreek waardoor een tijdige verlenging van de maatregel niet meer mogelijk bleek. De Officier van Justitie heeft vervolgens een rechterlijke machtiging aangevraagd op grond van de Wet Bopz, welke door de rechtbank is verleend. De advocaat van betrokkene stelt zich nu op het standpunt dat er sprake is geweest van détournement de pouvoir gezien het feit dat de officier van justitie de rechterlijke machtiging slechts vorderde omdat hij de te late vordering tot verlenging van de tbs goed wilde maken. De Hoge Raad oordeelde dat de Officier van Justitie zijn toegekende bevoegdheid een rechterlijke machtiging aan te vragen niet voor een ander doel had gebruikt dan waarvoor die bevoegdheid hem is verleend. De Hoge Raad kwam tot deze conclusie op grond van de volgende redenering:

“Immers, het enkele feit dat een vordering tot verlenging van de tbs niet tijdig was ingediend, stond niet eraan in de weg dat de OvJ gebruik maakte van een andere, namelijk de hem in artikel 2 lid 1 Bopz verleende bevoegdheid, nu ook die laatste bevoegdheid – evenals de bevoegdheid om verlenging van de tbs te vorderen – ten doel heeft het opleggen van een maatregel ter bescherming van de samenleving tegen het door verzoeker veroorzaakte gevaar, en de OvJ die bevoegdheid blijkens de door hem ingediende vordering ook voor dat doel heeft gebruikt.”

4.2.3 Verblijf

Art. 51 lid 3 Wet Bopz: *“De artikelen 36 tot en met 41, 56, 57 en 58 zijn van overeenkomstige toepassing met betrekking tot personen die ter beschikking zijn gesteld met bevel tot verpleging van overheidswege en met betrekking tot personen aan wie de maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen is opgelegd, indien die verpleging dan wel de tenuitvoerlegging van die maatregel plaatsvindt in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een justitiële inrichting voor verpleging van terbeschikking gestelden als bedoeld in artikel 90, quinquies, tweede lid, van het wetboek van strafrecht.”*

Indien de tenuitvoerlegging van de tbs met verpleging plaats vindt in een psychiatrisch ziekenhuis dan is op de ter beschikking gestelde de interne rechtspositie van de Wet Bopz van toepassing. Artikel 51 lid 3 van de wet verklaart de regelingen ten aanzien van de rechten van onvrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis verblijvende patiënten, vastlegging van gegevens en verstrekking van gegevens aan de inspecteur en officier van justitie van overeenkomstige toepassing. De regelingen van de Wet Bopz met betrekking tot het verlof en ontslag zijn niet van overeenkomstige toepassing verklaard op de ter beschikking gestelde.

Tot slot is op de ter beschikking gestelde, die zich bevindt in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een justitiële tbs-inrichting, de klachtregeling van de Wet Bopz en die van de WKCZ van toepassing (artikel 51 lid 3 Bopz).

⁹¹ HR 20 november 1998, NJ 1999, nr. 174.

De Beginselenwet Verpleging Ter beschikking gestelden (Bvt)

Op 1 oktober 1997 is in werking getreden de Beginselenwet Verpleging Ter beschikking gestelden. In de periode vóór de inwerkingtreding hebben directeuren van particuliere justitiële tbs-klinieken een voorstel gedaan aan de minister van Justitie de evaluatie van de Wet Bopz⁹² af te wachten teneinde de regels inzake de interne rechtspositie van patiënten uit deze Wet Bopz tevens van toepassing te verklaren op de verpleegden in de justitiële inrichtingen voor verpleging van ter beschikking gestelden. Reden hiervoor zou zijn dat de directeuren bezwaren hebben tegen een verschillende regeling van de interne rechtspositie voor de ter beschikking gestelden in justitiële en die in niet-justitiële inrichtingen voor verpleging van ter beschikking gestelden.⁹³ Als reactie hierop heeft de minister, in een uitgebreid schrijven,⁹⁴ uiteen gezet waarom zij een afzonderlijke regeling, die de rechtspositie regelt voor tbs-gestelden in een justitiële tbs-kliniek, noodzakelijk acht.

“De door de rechter opgelegde maatregel van terbeschikkingstelling bevindt zich als het ware tussen de gevangenisstraf en de rechterlijke machtiging tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. In de praktijk van de tenuitvoerlegging tonen zich elementen van beide, niet in het minst daar waar het gaat om de typen opgenomen patiënten. Noch de regels uit het gevangeniswezen, noch die voor de psychiatrische ziekenhuizen kunnen derhalve onverkort van toepassing zijn. Ten behoeve van de tenuitvoerlegging van de TBS is dan ook een eigen regeling noodzakelijk waarin de drie kernelementen van deze maatregel (zoals verwoord in de *Nota TBS, een bijzondere maatregel* uit oktober 1991, nl. beveiliging, behandeling en rechtspositie) op elkaar zijn afgestemd.”

Vervolgens gaat de minister over tot een opsomming van redenen die pleiten voor een aparte regeling. Zij kiest hierbij voor een systeem waarin de regeling van de rechtspositie wordt bepaald door de status van de inrichting waarin men verblijft.

“Concluderend: het praktisch adagium dat de rechtspositie de status van de inrichting volgt, impliceert dat er (tijdelijke) verschillen in rechtspositie kunnen bestaan voor personen die een TBS-behandeling krijgen, afhankelijk van de fase waarin men zich bevindt of de soort inrichting waarin men is geplaatst.”

Hieruit vloeit voort dat op ter beschikking gestelden die in een niet-justitiële tbs-inrichting verblijven de interne rechtspositie van de Wet Bopz van toepassing is. Bij de vaststelling van de Bvt is hiermee wel rekening gehouden omdat er anders te grote verschillen zouden ontstaan tussen personen met dezelfde maatregel maar verblijvende in andere inrichtingen. Deze betreffen voornamelijk de beveiliging en de materiële en personele toerusting van de inrichting. Ook in het plaatsingsbeleid wordt daarmee rekening gehouden.

Verder acht de minister de interne rechtspositie van de Wet Bopz onvoldoende voor ter beschikking gestelden in justitiële tbs-klinieken: de Wet Bopz laat geen ruimte voor speciale verantwoordelijkheden van de minister van Justitie. Voorts wordt door de Wet Bopz een aantal onderwerpen niet geregeld dat wel noodzakelijk wordt geacht voor ter beschikking gestelden. De minister denkt vooral aan:

“De mogelijkheid voor een tijdelijke overplaatsing, het kunnen verplichten van het dragen van een legitimatiebewijs, het kunnen toepassen van urinecontrole, de mogelijkheid voor het kunnen doen van onderzoek in het lichaam, de controle van de verblijfsruimte van de verpleegde, de mogelijkheid van het aanwijzen van afdelingen voor intensieve zorg, de mogelijkheid om brieven te censureren, een adequate regeling voor contacten met de pers en de mogelijkheid voor het opleggen van disciplinaire straffen. Het gaat hier veelal om onderwerpen die voort-

⁹² Dit betrof de eerste evaluatie van de Wet Bopz.

⁹³ *Kamerstukken II*, 1994/1995, 23 445, nr. 9, p. 1.

⁹⁴ *Kamerstukken II*, 1994/1995, 23 445, nr. 9.

vloeien uit het strafrechtelijk karakter van de maatregel.”

De minister acht de klachtregeling van de Bopz niet geschikt. De verpleegde zou over te veel klachtmogelijkheden beschikken waardoor de behandeling gemakkelijk kan worden gefrustreerd.

Concluderend wordt gesteld dat volgens de minister een aparte regeling noodzakelijk is gezien enerzijds het strafrechtelijk karakter van de maatregel en anderzijds de speciale verantwoordelijkheid van de minister van Justitie. “Beide aspecten komen in de regeling van de interne rechtspositie van patiënten gegeven door de Bopz onvoldoende tot uitdrukking.”

Deze bespreking van de minister die pleit voor een aparte rechtspositieregeling voor tbs-gestelden in justitiële tbs-inrichtingen, is voor dit onderzoek van groot belang. Ten eerste omdat is gekozen voor een inrichtingsgebonden rechtspositieregeling en ten tweede worden enkele redenen genoemd waarom de Wet Bopz geen geschikte rechtspositieregeling kent ten aanzien van ter beschikking gestelden die zich bevinden in een justitiële tbs-kliniek.

De praktijk; ter beschikking gestelden in een niet-justitiële tbs-inrichting

Duidelijk is dat de interne rechtspositie van een ter beschikking gestelde in een justitiële tbs-kliniek en van die in een niet-justitiële tbs-kliniek van elkaar verschilt. Volgens voornoemd kamerstuk wordt hiermee rekening gehouden in het plaatsingsbeleid. Doch uit de gesprekken gevoerd met medewerkers van de vier niet-justitiële tbs-inrichtingen⁹⁵ kwamen problemen naar voren die rechtstreeks te herleiden zijn tot de bijzondere aard van de maatregel op grond waarvan de minister nu juist een aparte regeling heeft willen treffen. De redenen welke de minister aandraagt waarom de interne rechtspositie van de Wet Bopz onvoldoende is voor verpleegden in de justitiële tbs-inrichtingen, worden, vooral in de FPK van de GGzE te Eindhoven, nu juist als probleem ervaren. De Wet Bopz wordt daar niet een geschikte wet bevonden voor de behandeling van tbs-gestelden. De wet zou te weinig mogelijkheden bieden beslissingen te nemen puur op grond van beveiliging en beheersing. De maatregel van tbs is opgelegd met bevel tot verpleging van overheidswege, terwijl de Wet Bopz geen notie heeft van dwangverpleging. Voorbeelden die genoemd worden zijn de mogelijkheden tot het 's nachts kunnen afsluiten van de kamers, verplichte urinecontroles, het fouilleren van bezoek, het censureren van poststukken en mogelijkheden tot het opleggen van disciplinaire straffen.

Verder verschillen de interne rechtspositieregelingen hierin dat de opstelling van het behandelplan van de ter beschikking gestelde geen instemming behoeft onder de Bvt.⁹⁶ Het plan dient te worden opgesteld zoveel mogelijk in overeenstemming met betrokkene. Onder de Wet Bopz is dit anders. Hier dient de persoon in te stemmen met zijn behandelplan. Gaat deze hier niet mee akkoord en wordt wel behandeld dan wordt dit direct aangemerkt als dwangbehandeling, indien aan de vereisten van dwangbehandeling is voldaan.

De klachtregeling onder de Bopz wordt te laagdrempelig bevonden. Over bijna alles kan een klacht worden ingediend⁹⁷ wat behandelaars het gevoel geeft niet effectief te kunnen behandelen en teveel bezig te zijn met de afhandeling van klachten: de zogenaamde juridisering van het behandelklimaat. De klachtregeling is van een andere aard dan die van de Bvt, welke tevens een bemiddelingsprocedure kent.⁹⁸

Verder kunnen corvée-activiteiten, huishoudelijke werkzaamheden die met de dagelijkse gang van zaken te maken hebben, zoals afwassen, opruimen etc. niet worden afgedwongen onder

⁹⁵ FPK Assen, FPK Eindhoven, FPK De Meren te Amsterdam en Hoeve Boschoord te Vledder.

⁹⁶ Naar deze instemming wordt wel zoveel mogelijk gestreefd. Zie Kelk, 2001, p. 352.

⁹⁷ Er bestaan ook nog klachtmogelijkheden op grond van de WGBO.

⁹⁸ In het evaluatie rapport van de tbs wetgeving van 1997 wordt opgemerkt dat men in de Bvt tracht om het dilemma van rechtsbescherming en behandeling te verminderen door de nadruk te leggen op de bemiddelende functie van de Commissie van toezicht.

de Wet Bopz terwijl dit in tbs-klinieken wel mogelijk is. Deze activiteiten worden gezien als een onderdeel van de resocialisering.

Vanaf het moment dat een ter beschikking gestelde zich bevindt in een niet-justitiële tbs-kliniek heeft hij bewegingsvrijheid in en rond het psychiatrisch ziekenhuis. Deze startpositie, die slechts kan worden beperkt op grond van artikel 40 lid 3 Wet Bopz, wordt als te ruim bevonden, helemaal in vergelijking tot de startpositie van een ter beschikking gestelde in een justitiële tbs-kliniek. De maatregel is de zwaarste die het Wetboek van Strafrecht kent en wordt slechts opgelegd aan daders die zich schuldig hebben gemaakt aan een ernstig misdrijf, gestoord zijn in hun geestvermogens en gevaar opleveren voor de samenleving. Ergo, de bewegingsvrijheid die men heeft direct bij binnenkomst in het psychiatrisch ziekenhuis lijkt zich slecht te verhouden met de opdracht van de tenuitvoerlegging van het bevel tot verpleging. Dit alles kan tot gevolg hebben dat het psychiatrisch ziekenhuis zelf grenzen gaat stellen aan de bewegingsvrijheid van ter beschikking gestelden, dan wel voor wat betreft de gehele forensisch psychiatrische populatie, door bepaalde zaken te regelen in de huisregels die verder gaan dan de Wet Bopz zelf, daar de kliniek recht wil doen aan de opdracht van de tenuitvoerlegging van het bevel tot verpleging.⁹⁹ Dit heeft in de FPK te Eindhoven geleid tot een beleid dat een forensisch psychiatrische patiënt bij binnenkomst geen bewegingsvrijheid heeft buiten de afdeling. Echter zeer spoedig na opname dient gekeken te worden of deze situatie gehandhaafd dient te worden. Indien dit het geval is wordt hem een formulier uitgereikt op grond waarvan hij in zijn bewegingsvrijheid (artikel 40 lid 3 Wet Bopz) wordt beperkt. Bestaat er geen noodzaak hem in zijn bewegingsvrijheid te beperken dat heeft hij bewegingsvrijheid in en rond het psychiatrisch ziekenhuis.¹⁰⁰ Ook in de FPK te Amsterdam heeft de forensisch psychiatrische patiënt bij binnenkomst niet direct vrijheden 'in en rond het psychiatrisch ziekenhuis'. Bij binnenkomst wordt de patiënt gedurende drie weken geobserveerd waarbij aan de patiënt geleidelijk aan meer vrijheden worden toegekend.

Verder lijkt de bewegingsvrijheid van 'in en rond het psychiatrisch ziekenhuis' onduidelijk in haar reikwijdte. Hier wordt in § 5.2.2 uitvoerig bij stilgestaan.

De knelpunten die worden genoemd, gelden voor de gehele forensisch psychiatrische populatie doch knellen het meest ten aanzien van de groep van ter beschikking gestelden, mede gezien de zwaarte van de strafrechtelijke maatregel.

Het feit dat een ter beschikking gestelde zich niet in een justitiële tbs-inrichting bevindt, doet niets af aan het feit dat de uitvoering van de onderliggende maatregel zich kenmerkt door een spanningsveld tussen behandeling, beveiliging en rechtspositie. In de Bvt is nu juist getracht een balans te vinden tussen deze drie kernelementen.

Deze problemen worden niet geheel gedeeld door medewerkers uit de andere niet-justitiële tbs-inrichtingen. Dit lijkt te maken te hebben met de zwaarte van de populatie van de inrichting en de mate waarin er wordt geklaagd. Indien er veel klachten worden ingediend, lijkt er binnen een instelling een proces van juridisering plaats te vinden dat weer klachten lijkt uit te lokken. Daar komt bij dat de instelling zich beperkt voelt in haar handelen door uitspraken van de klachtencommissies omdat haar handelen continu aan de kaak gesteld wordt door een vorm van toetsing. De FPK Eindhoven kenmerkt zich door een zeer zware populatie van forensisch psychiatrische patiënten. De inrichtingen lijken het een en ander te hebben opgelost door de huisregels wat meer te specificeren naar de aard van de populatie, echter dit kan nieuwe klachten over huisregels met zich mee brengen.

⁹⁹ Rechtbank 's-Hertogenbosch 6 maart 2001, *Bopz-jurisprudentie* 2001, nr. 48.

¹⁰⁰ Klachtencommissie GGzE "De Grote Beek" te Eindhoven, klacht 2001/56; Klachtencommissie GGzE "De Grote Beek" te Eindhoven, klacht 2001/103.

Wellicht schiet het plaatsingsbeleid van ter beschikking gestelden hierin tekort dat er te weinig aandacht wordt besteed aan de aard van de instelling waarin een ter beschikking gestelde wordt geplaatst. De medewerkers van de FPK Eindhoven hebben aangegeven zich dan ook zorgen te maken over de vereenvoudigde plaatsing. Hierdoor lijkt voorbij te worden gegaan aan het feit dat de niet-justitiële tbs-klinieken GGZ-instellingen zijn waar de wet Bopz werking heeft.

Evaluatie van de Bvt

In 2000 is de Bvt voor het eerst na haar inwerkingtreding in 1997 geëvalueerd en wel door Leuw en Mertens (2001) Zoals reeds vermeld heeft de Bvt als centrale doelstelling om een evenwichtige afstemming van drie kernelementen van de tbs-maatregel, te weten beveiliging, behandeling en rechtspositie, te realiseren. De Bvt regelt de interne rechtspositie van personen die zijn opgenomen in een justitiële tbs-kliniek. Uitgangspunt blijft dat de interne rechtspositie wordt bepaald door de aard van de instelling waar betrokkene verblijft.¹⁰¹

Artikel 4 van de Bvt geeft een limitatieve opsomming van juridische titels welke zich in een justitiële tbs-kliniek kunnen voordoen en op wie de Bvt van toepassing is:

“Art. 4. 1. Inrichtingen zijn bestemd voor opneming van:

- a. personen, wier verpleging van overheidswege op grond van artikel 37b of 38c van het Wetboek van Strafrecht is bevolen;
- b. personen als bedoeld in de artikelen 196, 317 en 509g van het Wetboek van Strafvordering;
- c. tot vrijheidsstraf veroordeelden ten aanzien van wie is besloten tot toepassing van artikel 13 van het Wetboek van Strafrecht;
- d. ter beschikking gestelden aan wie door de rechter een voorwaarde als bedoeld in artikel 38a, eerste lid, van het Wetboek van Strafrecht is gesteld om zich in een inrichting te laten opnemen;
- e. personen aan wie door de rechter als bijzondere voorwaarde is opgelegd om zich in een inrichting te laten opnemen;
- f. personen aan wie met toepassing van de artikel 77s van het Wetboek van Strafrecht de maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen is opgelegd;
- g. personen, die op eigen verzoek:
 - 1 hun verblijf in een inrichting willen voortzetten of,
 - 2 opnieuw in een inrichting opgenomen willen worden.”

De justitiële tbs-inrichtingen zijn tevens aangewezen als psychiatrisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder h, van de Wet Bopz.¹⁰² Dit houdt in dat aldaar tevens personen kunnen worden opgenomen met een (civielrechtelijke) rechterlijke machtiging of inbewaringstelling. Wat echter onduidelijkheid oplevert, is de vraag welke rechtspositie op de betreffende persoon van toepassing is.

Artikel 4 van de Bvt betreft een limitatieve opsomming en geeft geen melding van een civielrechtelijke maatregel, waardoor het lijkt alsof een dergelijke opname krachtens de Bvt niet mogelijk is.

Daarnaast lijkt de Bopz onduidelijk in haar reikwijdte. Uitgangspunt is nog steeds dat de interne rechtspositie afhankelijk is van de aard van de instelling.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de opname van een persoon met een civielrechtelijke machtiging in een justitiële tbs-kliniek, in de praktijk wel degelijk voorkomt. Over het algemeen is men het er over eens dat meerdere rechtsposities binnen een zelfde inrichting voorkomen dient te worden.¹⁰³

¹⁰¹ Leuw en Mertens onderstrepen in hun rapport de onwenselijkheid van het bestaan van verschillende rechtsposities binnen één instelling.

¹⁰² *Staatscourant* 26 juni 2001, nr. 120: “Aanmerking als instelling bedoeld in artikel 1 Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen”.

¹⁰³ In de FPK's is dit echter wel degelijk het geval, hier wordt gewerkt met de WGBO, de Wet Bopz en de Bvt.

In 1999 heeft een vrouw een kort geding gevoerd tegen de Dr. Henri van der Hoeven Stichting te Utrecht.¹⁰⁴ Zij was met een rechterlijke machtiging opgenomen in deze justitiële tbs-inrichting. Zij is een aantal maal gesepareerd op grond van de Bvt. Zij stelde dat deze wet op haar niet van toepassing is gezien haar Bopz-status. De rechtbank besliste tot niet-ontvankelijkheid van de eisende partij doch oordeelde dat zolang in de Wet Bopz niet anders is vermeld, bij een gedwongen opname in een tbs-inrichting uit het oogpunt van rechtsbescherming de rechtspositieregeling van de Wet Bopz dient te gelden. "Het staat zonderdien een forensisch psychiatrische kliniek niet vrij om een Bopz-patiënt diens bijzondere rechtspositie te ontnemen op de enkele grond dat voor hem in een voor hem bestemde andere Bopz-inrichting dan die forensisch psychiatrische kliniek geen en in die forensisch psychiatrische kliniek wel een geschikte plaats voorhanden is."

Naar voren komt dat er onduidelijkheid bestaat over de rechtspositie van een Bopz-patiënt opgenomen in een justitiële tbs-inrichting. De wetgever dient hier de problemen die voortvloeien uit de leemte in de wet te ondervangen.

4.2.4 Verlof en ontslag

Zoals vermeld, gelden de bepalingen ten aanzien van het verlof en ontslag van de wet Bopz niet. Met betrekking tot het verlof en de beëindiging van de maatregel zijn van toepassing de Bvt, de Rvt en het Wetboek van Strafrecht. Artikel 50 en 51 Bvt en de artikelen 53 t/m 61 Rvt regelen het verlof en het proefverlof. Er bestaan in de niet-justitiële tbs-klinieken geen onduidelijkheden omtrent het feit dat de externe rechtspositie van een ter beschikking gestelde met bevel tot verpleging wordt geregeld door de Bvt en de Rvt. Het lijkt echter onduidelijk om uit de Bvt en de Rvt te destilleren welke regelingen wel en welke regelingen niet van toepassing zijn.

In het kader van vrijheden is het van belang een onderscheid te maken in vrijheden 'in en rond' het psychiatrisch ziekenhuis, dit betreft de bewegingsvrijheid. Daarnaast de vrijheden buiten de instelling, het verlof buiten de kliniek. Het verschil in bewegingsvrijheid op grond van artikel 40 lid 3 Wet Bopz en verlof buiten de kliniek op grond van de Bvt is geen duidelijke, maar betreft een vloeiende overgang.

Indien betrokkene wordt beperkt in zijn bewegingsvrijheid dan heeft hij het recht een klacht in te dienen op grond van de Wet Bopz dan wel de WKCZ. Betrokkene kan tegen een uitspraak van de klachtencommissie tevens hoger beroep instellen op grond van de Wet Bopz. Dit recht is niet aan de instelling toegekend en wordt als nadeel ervaren temeer daar de uitspraken van de klachtencommissies in de toekomst een bindend karakter gaan krijgen, voor wat betreft de Bopz-klachten. Indien aan een ter beschikking gestelde in een niet-justitiële tbs-kliniek verlof wordt verleend en dat wordt ingetrokken, dan kan betrokkene slechts een klacht indienen op grond van de WKCZ (geen hoger beroepsmogelijkheid).

In dit kader kan melding worden gemaakt van een uitspraak van de klachtencommissie van GGzE te Eindhoven.¹⁰⁵ Aldaar verbleef een vrouw op grond van een tbs.

In het kader van haar resocialisatie werd aan de minister van Justitie toestemming gevraagd om haar onbegeleide vrijheden in de stad Eindhoven toe te staan. De toestemming werd haar gegeven onder de voorwaarde dat zij iedere avond om half elf terug zou zijn in de woning van de instelling. Aan deze voorwaarde heeft zij zich niet gehouden. Zij bracht tot drie maal toe de nacht elders door. De instelling heeft vervolgens het verlof ingetrokken daar zij zich niet aan de voorwaarde hield en heeft haar teruggeplaatst op een afdeling met een strikter regime. Het verlof valt aan te merken als een kortdurend voorwaardelijk verlof (artikel 50 Bvt jo art. 53 lid 1 sub d Rvt). Tegen deze beslissing van intrekking diende de vrouw een klacht in bij de klachten-

¹⁰⁴ Rechtbank Utrecht 11 augustus 1999, *Bopz-Jurisprudentie* 1999, nr. 66.

¹⁰⁵ Klachtencommissie GGzE Eindhoven 14 januari 1998, *Bopz-Jurisprudentie* 1998, nr. 71.

commissie.

In deze zaak spreekt de klachtencommissie haar verbazing uit over het feit dat er een verschil in klachtmogelijkheden bestaat tussen ter beschikking gestelden die zich bevinden in een justitiële tbs-kliniek en ter beschikking gestelden in een niet-justitiële tbs-kliniek. Voor ter beschikking gestelden in justitiële tbs-klinieken bestaat er geen (specifieke) beroepsmogelijkheid tegen de intrekking van een kortdurend verlot. Ter beschikking gestelden in niet-justitiële tbs-klinieken kunnen tegen deze beslissing echter wel een klacht indienen, namelijk op grond van de WKCZ. Dit vindt de commissie onbegrijpelijk. "Deze verbazing vindt haar grondslag in de rechtsongelijkheid, welke deze wetsbepaling doet ontstaan tussen ter beschikking gestelden in niet-justitiële particuliere inrichtingen en "andere" inrichtingen." Zoals Kelk terecht stelt in zijn noot onder deze uitspraak, ligt het voor de hand te veronderstellen dat in dit opzicht voor alle ter beschikking gestelden, in welk type inrichting zij zich ook bevinden, dezelfde normen en procedurele toetsingsmogelijkheden zouden dient te gelden. Verder tracht Kelk een nuance aan te brengen in de gesignaleerde discrepantie door te vermelden dat de klachtencommissie op grond van de WKCZ de bevoegdheid ontberen bindende uitspraken te doen.

Hier komt het verschil in rechtspositie van een ter beschikking gestelde die zich bevindt in een justitiële tbs-kliniek en van een ter beschikking gestelde in een 'andere' instelling duidelijk tot uitdrukking. Vermelding verdient tevens het feit dat de uitspraken van de klachtencommissies op den duur bindend gaan worden, voor wat betreft de Bopz-klachten.

4.2.5 Conclusie

Op zich bestaan omtrent de rechtspositie van een ter beschikking gestelde met bevel tot dwangverpleging indien de tenuitvoerlegging plaatsvindt in een niet-justitiële tbs-kliniek in de praktijk geen onduidelijkheden. Via de schakelbepaling van artikel 51 lid 3 van de Wet Bopz is de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz van overeenkomstige toepassing. Voor wat betreft de externe rechtspositie is men aangewezen op de Bvt en het Sr.

Uit het onderzoek blijkt dat de tenuitvoerlegging van de maatregel van tbs met bevel tot verpleging van overheidswege slechts voorkomt in niet-justitiële tbs-klinieken. Op de peildatum van 1 januari 2001 bevonden minimaal 163 ter beschikking gestelden met bevel tot verpleging zich in de niet-justitiële tbs-klinieken.¹⁰⁶

Er speelt wel een aantal problemen ten aanzien van deze patiëntenpopulatie dat samenhangt met de werking van de Wet Bopz. De rechtspositieregeling van de Bvt en die van de Wet Bopz lijken te veel van elkaar te verschillen. De Bvt is een wet waarin is getracht een evenwicht te vinden tussen behandeling, beheersing en rechtspositie. De Wet Bopz is niet gericht op beveiliging, doch veeleer op behandeling in overeenstemming met de gedwongen opgenomen patiënt. Daarbij komt dat de Wet Bopz geschreven is vanuit het idee van het zelfbeschikkingsrecht. Uit de gevoerde gesprekken vloeit voort dat er behoefte bestaat aan het kunnen nemen van maatregelen puur op grond van beheersing en beveiliging, mede om aan het bevel tot verpleging, dat door de rechter is bevolen, te kunnen voldoen. De startsituatie van de bewegingsvrijheid van 'in en rond' het psychiatrisch ziekenhuis van een ter beschikking gestelde wordt te ruim bevonden.

Een aantal gedragskundigen is de mening toegedaan er geen evenwicht bestaat tussen het zelfbeschikkingsrecht en de mogelijkheden dwang toe te passen. Het zelfbeschikkingsrecht zou een te grote nadruk hebben gekregen.

Daar komt bij dat het klachtrecht door de meeste respondenten ten aanzien van forensisch psychiatrische patiënten, te laagdrempelig wordt bevonden. Tijdens de expert-meeting gingen er veel stemmen op voor de invoering van een bemiddelingsprocedure, vergelijkbaar met die van de Bvt.

¹⁰⁶ Hieronder wordt niet gerekend het proefverlot en de voorwaardelijke beëindiging.

Echter uit een aantal gesprekken gevoerd met leden van klachtencommissie komt naar voren dat de forensisch psychiatrische patiënt over het algemeen niet meer klaagt dan de reguliere psychiatrische patiënt. De FPK te Eindhoven vormt hierop een uitzondering. Daar klagen de forensisch psychiatrische patiënten veel meer. Dit kan te maken te hebben met een zeer actieve patiëntenvertrouwenspersoon en een sterk juridisch klimaat in de kliniek. De hoeveelheid aan klachten lijkt aldaar de behandeling te bemoeilijken.

Uit het deelonderzoek dat het klachtrecht van de Wet Bopz heeft geëvalueerd komt niet naar voren dat de psychiatrische patiënten over teveel klachtmogelijkheden beschikken.

Tot slot, de rechtspositie van personen die met een civielrechtelijke machtiging zijn opgenomen in een justitiële tbs-kliniek is wettelijk niet geregeld. Het uitgangspunt dient evenwel te zijn dat personen met een civielrechtelijke machtiging niet thuis horen in een voor veroordeelde bestemde inrichting.

4.3 De tbs met proefverlof

Art. 51 lid 1 Bvt: Indien de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van de ter beschikking gestelde voor de veiligheid van anderen dan de ter beschikking gestelde of de algemene veiligheid van personen of goederen dusdanig is teruggebracht dat het verantwoord is hem bij wijze van proef in de maatschappij te doen terugkeren, kan het hoofd van de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden, met machtiging van Onze Minister, de ter beschikking gestelde proefverlof verlenen.

4.3.1 Machtiging tot proefverlof

Artikel 51 Bvt en de artikelen 54 tot en met 61 Rvt (Reglement verpleging ter beschikking gestelden) regelen het proefverlof van de ter beschikking gestelde. Het hoofd van de inrichting kan, indien het gevaar dusdanig is verminderd, met machtiging van de minister, aan betrokkene proefverlof verlenen. In de praktijk legt de instelling een proefverlofplan over op grond waarvan de minister de machtiging verleent. Proefverlof kan worden gezien als een gefaseerd onderdeel van de terugkeer naar de maatschappij door betrokkene langzaam te laten wennen aan meer vrijheden. Het proefverlof maakt deel uit van de maatregel, de verpleging loopt formeel door, en de inrichting van herkomst blijft verantwoordelijk voor de ter beschikking gestelde. Volgens artikel 60 lid 1 Rvt is een reclasseringsinstelling verantwoordelijk voor toezicht en ondersteuning van dit proefverlof. Als algemene voorwaarde geldt dat de ter beschikking gestelde zich niet aan enig misdrijf zal schuldig maken. Het hoofd van de inrichting kan aan het verlof bijzondere voorwaarden, het gedrag van de ter beschikking gestelde betreffende, verbinden (art. 51 lid 2 Bvt).

Indien de tenuitvoerlegging van de maatregel van meet af aan plaatsvindt in een niet-justitiële tbs-inrichting dan zijn de regelingen van het verlof en ontslag (artikel 50 en 51 Bvt) ook op hen van toepassing. Artikel 51 lid 3 van de Wet Bopz verklaart haar eigen verlof- en ontslagregelingen (art. 44 en 45 Wet Bopz) namelijk niet van toepassing op ter beschikking gestelden.

Hierover bestaan binnen de niet-justitiële tbs-inrichtingen geen onduidelijkheden.

Het hoofd van de inrichting is bevoegd het proefverlof in te trekken indien betrokkene zich niet houdt aan de gestelde voorwaarden.

4.3.2 Plaatsing

Het kan voorkomen dat een ter beschikking gestelde met proefverlof in het kader van een bijzondere voorwaarde, wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit kan zijn een reguliere afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis dan wel een FPA of FPK. Uit de enquête blijkt dat plaatsing van een ter beschikking gestelde met proefverlof vanuit een tbs-kliniek veelal

gebeurt op een forensisch psychiatrische afdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. De tbs-kliniek zoekt contact met een geschikt psychiatrisch ziekenhuis waarna betrokkene op de wachtlijst van het psychiatrisch ziekenhuis komt te staan. Dit staat beschreven in zijn proefverlofplan dat aan de minister wordt voorgelegd. Verleent de minister de machtiging dan kan worden overgegaan tot plaatsing.

4.3.3 Verblijf

Er bestaat grote onduidelijkheid in de klinieken en in de literatuur omtrent de interne rechtspositie van een tbs-gestelde met proefverlof die in een psychiatrisch ziekenhuis is geplaatst op grond van een bijzondere voorwaarde welke is verbonden aan het proefverlof.

In het *Handboek voor Opneming en Verblijf* constateert Widdershoven dat er sprake is van een vrijwillige plaatsing en verblijf waardoor de WGBO de normering geeft voor opneming, verblijf, behandeling en verpleging. De Wet Bopz heeft volgens hem geen gelding daar er niet gesproken kan worden van een gedwongen opname gezien het feit dat betrokkene heeft ingestemd met de bijzondere voorwaarde van opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit heeft tot gevolg dat betrokkene zelfstandig zou kunnen beslissen omtrent de voortdoring van het verblijf.

Betrokkene is op deze manier vrij om te gaan wanneer hij dat wil. Indien zijn afwezigheid zich niet verdraagt met de gestelde voorwaarden dan dient de instelling direct contact op te nemen met de kliniek van herkomst zodat een terugplaatsing gerealiseerd kan worden. De instelling van herkomst is verantwoordelijk voor de ter beschikking gestelde daar het proefverlof deel uitmaakt van het bevel tot verpleging. Widdershoven acht de regeling van artikel 51 Wet Bopz hier niet van toepassing.

“De patiënten van lid 2 zijn allereerst ter beschikking gestelden met bevel tot verpleging, gelijk dus aan die van lid 3, maar dan met dit cruciale verschil dat de verblijfstitel in geval van lid 2 er een van de Wet Bopz zelf is, terwijl lid 3 betrekking heeft op de situatie waarin de dwangopneming juist niet plaatsvindt krachtens de Wet Bopz, maar het rechtstreekse gevolg is van de opgelegde tbs. Anders aangeduid: in lid 2 is sprake van een dwangverpleging krachtens de Wet Bopz waarbij de maatregel van tbs met verpleging op de achtergrond sluimert, in lid 3 is sprake van de tbs-verpleging zelf.”¹⁰⁷

Daar komt bij dat lid 3, in de visie van Widdershoven, slechts betrekking heeft op de vier instellingen die zijn aangewezen als niet-justitiële tbs-kliniek.

Enkele juristen, die mede het *Vademecum* hebben opgesteld en die wij hebben geïnterviewd voor het onderzoek, zijn het met Widdershoven niet eens. Zij achten de interne rechtspositie van de Wet Bopz van toepassing op een ter beschikking gestelde met proefverlof welke zich bevindt in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit baseren zij op het feit dat in de proefverloffase het bevel tot verpleging nog van kracht is. Dit houdt in dat er sprake is van een gedwongen opname waardoor artikel 51 lid 3 Bopz van kracht is en dus de interne rechtspositie van de Wet Bopz gelding heeft.

Over het algemeen is het proefverlof op te vatten als een vrijheidsbeperking, doch als aan het proefverlof de voorwaarde wordt verbonden dat de ter beschikking gestelde zich in een psychiatrisch ziekenhuis laat opnemen moet het proefverlof als vrijheidsontneming worden aangemerkt. Van vrijheid van beweging en vrijwilligheid is dan immers nauwelijks sprake meer.¹⁰⁸

4.3.4 Beëindiging

Indien betrokkene de gestelde voorwaarden niet naleeft, kan hij teruggeplaatst worden naar de instelling van herkomst. Het psychiatrisch ziekenhuis dient de reclassering dan op de hoogte te stellen. Tegen de intrekking van het proefverlof door het hoofd van de inrichting van herkomst

¹⁰⁷ *Handboek voor Opneming en Verblijf*, 2000, p. C1/Art. 51- 14-18.

¹⁰⁸ Von Brucken Fock, 1994, p. 175.

staat voor betrokkene het rechtsmiddel van beklag open op grond van artikel 56 Bvt. Wanneer betrokkene de voorwaarden nakomt en het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis goed verloopt, kan de rechter, in het kader van de verlenging van de tbs, het proefverlof beëindigen en overgaan tot de beëindiging van de tbs. Veelal volgt op de fase van proefverlof de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging om een geleidelijke overgang naar de samenleving te realiseren. Een van de voorwaarden die kan worden gesteld, betreft het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Betrokkene blijft in het psychiatrisch ziekenhuis maar de verblijfstitel verandert, en wel van tbs proefverlof naar de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging.

4.3.5 Conclusie

Het is zaak dat er duidelijkheid ontstaat omtrent de rechtspositie van een ter beschikking gestelde met proefverlof, verblijvend in een psychiatrisch ziekenhuis. Op de peildatum van 1 januari 2001 bevonden zich minimaal 40 ter beschikking gestelden met proefverlof zich in een Bopz-instelling.¹⁰⁹

4.4 De voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege

Dit brengt ons tot de volgende modaliteit, namelijk die van de voorwaardelijke beëindiging daar deze veelal volgt op de fase van het proefverlof (38g en h Sr en 62 t/m 75 Rvt).¹¹⁰ Indien het gevaar dat betrokkene op grond van zijn stoornis oplevert tot een dusdanig niveau is teruggebracht dat het verantwoord is hem te doen terugkeren in de maatschappij dan kan de rechter het bevel tot verpleging voorwaardelijk beëindigen.¹¹¹ De rechter kan dit op twee momenten doen: ten eerste in het kader van een verlengingsprocedure (art. 38g Sr) en ten tweede indien het proefverlof 12 maanden achtereen heeft geduurd, zonder dat in deze periode de tbs is verlengd (art. 38h Sr).

4.4.1 Plaatsing

Op grond van artikel 38g lid 2 Sr kan de rechter voorwaarden stellen. Deze voorwaarden beogen de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen te beschermen.¹¹² Een belangrijk vereiste is dat betrokkene instemt met de voorwaarde, hij dient de voorwaarden vrijwillig na te leven (art. 38g lid 2 jo art. 38 lid 3 Sr).

Een van de voorwaarden, die aan de ter beschikking gestelde kan worden opgelegd, is plaatsing in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, aldus de memorie van toelichting.¹¹³ Het Openbaar Ministerie is belast met het toezicht op de naleving van de voorwaarden (art. 38g lid 2 jo 38a lid 3). De reclassering biedt hierbij begeleiding.

4.4.2 Verblijf

Indien betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis wordt geplaatst, wordt dit – strikt genomen - beschouwd als een 'vrijwillige' opname. De interne rechtspositie van de Wet Bopz is hierop niet van toepassing op grond van artikel 51 Wet Bopz.¹¹⁴ De WGBO biedt het algemeen kader. Echter op het moment dat betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, gaat de verantwoordelijkheid voor betrokkene over op het psychiatrisch ziekenhuis en de reclassering die belast is met het houden van toezicht op de voorwaarden. Indien betrokkene de gestelde voorwaarde(n) niet nakomt door bijvoorbeeld ongeoorloofde afwezigheid dan is het formeel gezien niet mogelijk betrokkene terug te plaatsen naar de inrichting van herkomst, zoals dit bij

¹⁰⁹ Zie tabel 2 en noot 15.

¹¹⁰ De voorwaardelijke beëindiging hoeft niet te volgen op de fase van proefverlof.

¹¹¹ De tbs zelf blijft doorlopen, slechts de dwangverpleging wordt voorwaardelijk beëindigd.

¹¹² Cleiren/Nijboer, *Strafrecht*, 1999, p. 197.

¹¹³ *Kamerstukken II* 1994-1995, 24 256, nr. 3, p. 6 en 7.

¹¹⁴ Vergelijk Von Brucken Fock, 1994.

het proefverlof mogelijk is.¹¹⁵ Dit wordt door menig respondent als een nadeel ervaren en brengt voor de instellingen een grote verantwoordelijkheid met zich mee. De inrichting dient het Openbaar Ministerie op de hoogte te stellen indien betrokkene zich onttrekt aan de gestelde voorwaarden, maar dat is vrijwel alles wat ze kunnen doen.

4.4.3 Beëindiging

Indien de voorwaarden niet worden nageleefd of wanneer de veiligheid van personen of goederen dat eist, kan de rechter de dwangverpleging van overheidswege doen hervatten (art. 38k Sr). Dit vereist opnieuw een rechterlijke procedure wat veel tijd in beslag neemt. Indien de verpleging weer wordt hervat en betrokkene zet zijn verblijf voort in het psychiatrisch ziekenhuis dan is, volgens het *Vademecum*, de status van vrijwilligheid verruild voor de status onvrijwilligheid waardoor de Wet Bopz, via lid 3 van de schakelbepaling van artikel 51, van toepassing is. Hier volgt dezelfde redenering als bij de juridische titel tbs met dwangverpleging. Het *Vademecum* stelt tevens dat het mogelijk is, indien aan de voorwaarden is voldaan, een RM/IBS aan te vragen waardoor de Wet Bopz gelding krijgt. Dit lijkt ons wettelijk gezien wel mogelijk doch strijdig met de doelstelling van de juridische titel van de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging. Hieraan ligt nu juist de medewerking en vrijwilligheid van betrokkene ten grondslag. Doch dit geldt niet alleen voor de modaliteit van voorwaardelijk beëindiging maar tevens voor alle voorwaardelijke modaliteiten. Mevis acht de kern van de voorwaarde 'het een op inzicht in de verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag en de eigen persoon gebaseerde acceptatie van de noodzaak van opname'.¹¹⁶ Het aanvragen van een RM/IBS verdient in deze dan ook niet de schoonheidsprijs doch in de praktijk is dit vaak de enige praktische mogelijkheid indien iemand uit het psychiatrisch ziekenhuis wil vertrekken en dit onverantwoord is. Op grond van de WGBO alleen kan iemand niet vastgehouden worden, laat staan dat dwangtoepassing mogelijk is.¹¹⁷

4.4.4 Conclusie

Op de peildatum van 1 januari 2001 bevonden zich minimaal 8 ter beschikking gestelden van wie de tbs voorwaardelijk is beëindigd zich in een Bopz-instelling.¹¹⁸ Juridisch gezien bestaan er geen onduidelijkheden ten aanzien van de rechtspositie van een ter beschikking gestelde van wie het bevel tot dwangverpleging voorwaardelijk is beëindigd in het kader waarvan hij met zijn instemming in een psychiatrisch ziekenhuis is geplaatst. Vermelding verdient de ingewikkeldheid van de wisseling van juridische titels die zich kan voordoen ten aanzien van een patiënt die steeds verblijft in het psychiatrisch ziekenhuis. Immers indien betrokkene de voorwaarden niet naleeft, kan de rechter het bevel tot dwangverpleging weer doen herleven. Dan wisselt betrokkene in het psychiatrisch ziekenhuis van juridische titel.¹¹⁹ Dit brengt tevens een wisseling in rechtspositie met zich mee. Voor medewerkers van de instellingen van de geestelijke gezondheidszorg is dat evenmin inzichtelijk.

4.5 De tbs met voorwaarden

Art. 38 lid 1 Sr: "Indien de rechter niet een bevel als bedoeld in artikel 37b geeft, stelt hij ter bescherming van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen voorwaarden betreffende het gedrag van de ter beschikking gestelde. De rechter kan tevens in een uitspraak aangewezen instelling, die aan bepaalde, bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te stellen, eisen voldoet opdracht geven de ter beschikking gestelde bij

¹¹⁵ In geval van ongeoorloofde afwezigheid is van toepassing artikel 58 lid 4 Wet Bopz, artikel 23 Rvt en de Circulaire ongeoorloofde afwezigheid uit inrichtingen.

¹¹⁶ *Het penitentiair recht*, Mevis, 1998, p. IX-111.

¹¹⁷ Zie RB Roermond 17 mei 1999, NJ 1999, nr. 639. Zie tevens § 4.5.4 en § 4.14.2.

¹¹⁸ Zie tabel 2 en noot 15.

¹¹⁹ Deze wisseling van juridische titel is wellicht niet zo vloeiend als geschetst daar er nog een aantal fasen voorafgaan aan de wisseling als een ontvluchting en wellicht een verblijf in een huis van bewaring.

de naleving van de voorwaarden hulp en steun te verlenen.”

Lid 3 : *“Een voorwaarde als bedoeld in het eerste lid kan de rechter slechts stellen, indien de ter beschikking gestelde zich bereid heeft verklaard tot naleving van de voorwaarde.”*

4.5.1 Oplegging

Indien aan de voorwaarden voor oplegging van een terbeschikkingstelling is voldaan (art. 37a Sr) dan staat het de rechter vrij een tbs met bevel tot verpleging dan wel voorwaarden te stellen. Indien de rechter aan betrokkene geen bevel tot verpleging oplegt, kan hij aan de ter beschikking gestelde voorwaarden opleggen. Dit betreft de terbeschikkingstelling met voorwaarden.

De oplegging van de voorwaarden vindt zijn grondslag in de bescherming van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen. De veiligheidseis, zoals gesteld bij de verpleging van overheidswege wordt hier niet herhaald. Een van de voorwaarden die kan worden gesteld, betreft de voorwaarde dat betrokkene zich zal laten opnemen in een inrichting (art. 38a Sr). Dit kan zijn zowel een justitiële dan wel een niet-justitiële inrichting. De rechter is de instantie die de inrichting aanwijst. Bij voorkeur noemt hij de betreffende inrichting in zijn vonnis. De terbeschikkingstelling wordt in eerste instantie opgelegd voor de duur van twee jaar (art. 38d Sr).

4.5.2 Opname

Een voorwaarde die kan worden gesteld, is dat betrokkene zich zal laten opnemen in een instelling van de geestelijke gezondheidszorg. Elke voorwaarde die door de rechter wordt gesteld, behoeft uitdrukkelijke instemming van betrokkene omtrent de naleving ervan, zo ook de voorwaarde van opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Betrokkene dient zich bereid te verklaren tot naleving van de voorwaarde en de rechter dient zich hier uitdrukkelijk van te vergewissen. De bereidheid van psychiatrische ziekenhuizen om patiënten met deze juridische titel op te nemen, laat echter nogal eens te wensen over.¹²⁰

4.5.3 Verblijf

Op het moment dat betrokkene in een instelling van de geestelijke gezondheidszorg verblijft, verblijft hij daar op vrijwillige basis daar hij uitdrukkelijke instemming heeft verleend ter naleving van de voorwaarde. De terbeschikkingstelling met voorwaarden is dan ook een voorwaardelijke modaliteit. De WGBO biedt het rechtspositioneel kader, en daarnaast zijn op betrokkene de geldende huisregels van het psychiatrisch ziekenhuis en de WKCZ van toepassing. De Wet Bopz is hier niet van toepassing. Op het moment dat betrokkene in een instelling van de geestelijke gezondheidszorg verblijft, dient het Openbaar Ministerie toezicht te houden op naleving van de voorwaarden, daar zij met de uitvoering is belast.

4.5.4 Beëindiging

De maatregel van terbeschikkingstelling wordt in eerste instantie opgelegd voor de duur van twee jaar. De termijn kan door de rechter met één of twee jaar worden verlengd. Een tweede verlenging is niet mogelijk bij de tbs met voorwaarden. Dit heeft tot gevolg dat de duur van de maatregel tbs met voorwaarden de termijn van vier jaren niet te boven gaat.

Het staat de rechter vrij om, op verzoek van het Openbaar Ministerie of op verzoek van de terbeschikking gestelde of diens raadsman, de voorwaarden op te heffen (art. 38b Sr).

Indien betrokkene de gestelde voorwaarden niet naleeft kan de desbetreffende instelling het Openbaar Ministerie hiervan op de hoogte stellen. De rechter heeft vervolgens een aantal mogelijkheden voorhanden. Hij kan op vordering van het Openbaar Ministerie of op verzoek van de ter beschikking gestelde of diens raadsman de voorwaarden aanvullen of wijzigen (art. 38b

¹²⁰ Zie hiervoor Bakker, 1999, p. 41-45; Van den Berg en Harte, 2001, p. 30.

Sr). Daarnaast kan de rechter, op vordering van het Openbaar Ministerie, indien een gestelde voorwaarde niet wordt nageleefd of anderszins in het belang van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen zulks eist bevelen dat de ter beschikking gestelde alsnog van overheidswege zal worden verpleegd (art. 38c Sr). Deze mogelijkheid tot omzetting is in 1997 sterk vereenvoudigd,¹²¹ waardoor de terbeschikkingstelling met voorwaarden nu een 'stok achter de deur'-functie heeft.¹²² Dus de tbs voorwaarden kan worden omgezet in een tbs met bevel tot verpleging indien betrokkene een gestelde voorwaarde niet naleeft dan wel indien de algemene veiligheid van personen of goederen dit eist. Hierbij dient men, volgens de wetsgeschiedenis, vooral te denken aan een situatie waarin sprake is van 'een plotselinge verslechtering van de geestelijke toestand van betrokkene gepaard gaande met symptomen die zich ook voorafgaand aan het plegen van het delict hebben voorgedaan'.¹²³ De omzettingsprocedure wordt geregeld in de artikelen 509j- 509n en 509v-509x Sv en kan een bepaalde tijd in beslag nemen. Indien spoed is vereist, kan de officier van justitie reeds een vordering tot omzetting bij de rechter- commissaris instellen, die de bevoegdheid heeft de last uit te spreken. Deze last heeft dan slechts een voorlopig karakter. De rechter dient de uiteindelijke beslissing te nemen.

Na omzetting is er dus sprake van een nieuwe modaliteit namelijk die van tbs met bevel tot verpleging van overheidswege. Indien betrokkene steeds verblijft in het psychiatrisch ziekenhuis doet zich een wisseling van de juridische titel voor. Dit heeft tot gevolg dat ook diens rechtspositie wijzigt. Voor de rechtspositie van de tbs met bevel tot verpleging dient te worden verwezen naar die modaliteit, als beschreven in paragraaf 4.2 van het rapport.

Tot slot zou men nog kunnen wijzen op de mogelijkheid van het verkrijgen van een rechterlijke machtiging dan wel een inbewaringstelling. Alsdan zal de Wet Bopz gelding krijgen voor wat betreft de interne en externe rechtspositie van de ter beschikking gestelde. Net als dat bij de andere voorwaardelijke modaliteiten het geval is, kan men zich afvragen of dat niet indruist tegen de aard van de maatregel van tbs met voorwaarden.

Doch ook hier geldt dat het psychiatrisch ziekenhuis soms niets anders kan dan een RM/IBS aanvragen indien het onverantwoord is dat betrokkene het psychiatrisch ziekenhuis verlaat.

4.5.5 Conclusie

Uit het onderzoek vloeit voort dat ook deze voorwaardelijke modaliteit voornamelijk ten uitvoer wordt gelegd op een forensische psychiatrische afdeling dan wel in een forensisch psychiatrische kliniek. Hierbij kan worden opgemerkt dat medewerkers van deze instellingen de mening zijn toegedaan dat de plaatsing in een dergelijke instelling niet in alle gevallen noodzakelijk is, doch dat voor een aantal ter beschikking gestelden met de voorwaarde van opname in een inrichting dit tevens kan geschieden op een reguliere afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Net als bij de andere voorwaardelijke modaliteiten werd door respondenten naar voren gebracht dat er in de praktijk zelden een sanctie volgt op niet-naleving van de gestelde voorwaarden. Dit wordt als een groot nadeel ervaren, temeer daar dan het doel van de rechterlijke uitspraak wordt ondergraven.

4.6 De overplaatsing vanuit een tbs-kliniek

Art 14 Bvt: 'Indien de aard van de bij de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde geconstateerde gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens daartoe aanleiding geeft, kan Onze Minister bepalen dat de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde naar een psychiatrisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 1, onder h, van de Wet

¹²¹ Wet van 25 juni 1997, *Staatsblad* 282, in werking getreden per 2 oktober 1997.

¹²² Cleiren en Nijboer, *Strafrecht*, 1999, p. 118; Bakker, 1999.

¹²³ *Kamerstukken II* 1994-1995, 24 256, nr. 6

Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, niet zijnde een inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden, zal worden overgebracht om daar zolang als dat noodzakelijk is, te worden verpleegd.'

4.6.1 Beslissing tot overplaatsing

Artikel 14 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden biedt de mogelijkheid om een verpleegde vanuit een tbs-kliniek over te plaatsen naar een psychiatrisch ziekenhuis indien er bij een verpleegde sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis. De minister van Justitie is in deze de beslissende instantie. Indien deze beslissing niet kan worden afgewacht dan kan het hoofd van de tbs-inrichting een dergelijke beslissing nemen. Het verblijf kan duren zolang het noodzakelijk wordt geacht dat betrokkene in het psychiatrisch ziekenhuis wordt verpleegd. Tegen het overplaatsingsbesluit staat voor betrokkene het rechtsmiddel van beroep open (art. 69 lid 1 onder a Bvt).

4.6.2 Opname

Artikel 22 lid 2 van de Rvt bepaalt: "Overbrenging van een ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde naar een psychiatrisch ziekenhuis met machtiging van de rechter geschiedt op last van het Openbaar Ministerie bij het gerecht dat de machtiging op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen heeft verleend." De Nota van toelichting op het artikel maakt duidelijk dat artikel 14 slechts ruimte biedt voor een vrijwillige overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis.

De oorspronkelijk tekst van het artikel 14 Bvt bevatte een extra zinsdeel namelijk: "onverminderd het vereiste van een machtiging op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen." Bij Nota van wijziging¹²⁴ is dit zinsdeel uit de oorspronkelijke tekst verwijderd op grond van de volgende redenering: "De wijziging in artikel 14 Bvt is aangebracht, omdat voor opname in een inrichting waarop de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen van toepassing is, de titel van vrijheidsbeneming die voor opname in een tbs-inrichting geldt, voldoende is." De memorie van Toelichting¹²⁵ vermeldt bij dit artikel dat het overplaatsingsbesluit kan worden genomen 'al dan niet na het verkrijgen van een machtiging op grond van de Wet Bopz'.

In het *Handboek voor Opname en Verblijf* spreekt Widdershoven (2000) van onduidelijkheden omtrent de titel voor de dwangopneming, naar aanleiding van de Nota van Wijziging, waarbij als toelichting werd gegeven dat de titel van vrijheidsbeneming voor opname in een inrichting waarop de Wet Bopz van toepassing is, de titel van vrijheidsbeneming die voor opname in een tbs-inrichting geldt, voldoende is. Widdershoven haalt hier artikel 53 van de Wet Bopz aan. Dit artikel noemt bescheiden waarover het psychiatrisch ziekenhuis dient te beschikken indien een patiënt wordt opgenomen zonder zijn instemming.¹²⁶ In die lijst wordt geen aparte melding gemaakt van het overplaatsingsbesluit van artikel 14 Bvt. "Geredeneerd vanuit die bepaling is het de vraag of een artikel 14 Bvt-plaatsing wel op eigen kracht een dwangopneming kan bewerkstelligen."¹²⁷

Het naslagwerk *Tekst en Commentaar* geeft bij dit artikel aan dat de overplaatsing gepaard kan gaan met een voorlopige machtiging in het kader van de Wet Bopz.

"Verplicht is dit echter niet. Als een terbeschikkinggestelde instemt met zijn behandeling kan deze zonder een Bopz-machtiging in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis worden voortgezet."¹²⁸

¹²⁴ Nota van wijziging, *Kamerstukken II 1993-1994*, nr. 23 445, nr. 6, p. 2.

¹²⁵ MVT, *Kamerstukken II 1993-1994*, nr. 23 445, nr. 3, p. 32.

¹²⁶ Opneming van een patiënt tegen zijn wil zonder geldige titel is strafbaar gesteld als misdrijf (artikel 69 Wet Bopz).

¹²⁷ *Handboek voor Opneming en Verblijf*, 2000, p. C1/Art. 51-103.

¹²⁸ Cleiren en Nijboer, *Strafrecht*, 2000, p. 1411.

‘Ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde’

Artikel 14 Bvt biedt, voor zowel een ter beschikking gestelde als een anderszins verpleegde, een overplaatsingsmogelijkheid op grond van een geconstateerde gebrekkige ontwikkeling dan wel ziekelijke stoornis.

Men zou zich kunnen afvragen wat nu de titel voor de opname in een psychiatrisch ziekenhuis is. Is dit nu artikel 14 Bvt? Echter deze titel wordt in zowel artikel 51 als in artikel 53 van de Wet Bopz niet als zelfstandige titel genoemd. Of dient men te kijken naar de onderliggende juridische titel. Artikel 4 van de Bvt noemt de juridische titels op grond waarvan men in een tbs-kliniek kan verblijven. Op hen is de Bvt van toepassing. Dient men nu naar deze titel te kijken? Indien dit het geval is, dan is op een ter beschikking gestelde met bevel tot verpleging van overheidswege (een deel van) de Wet Bopz, via de schakelbepaling van artikel 51 lid 3, van toepassing. Deze redenering zou ook opgaan voor jeugdigen met een PIJ-maatregel die in een tbs-kliniek verblijven.

Indien een persoon met een gevangenisstraf in een tbs-kliniek verblijft dan zou juist weer een Bopz-titel verkregen moeten worden indien de persoon niet wenst in te stemmen met een overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis. Slechts dan is (een deel van) de Wet Bopz van toepassing.

Concluderend kan worden gesteld dat slechts de Nota van Wijziging van artikel 14 Bvt verwarring schept omtrent de titel van de gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Het is niet geheel duidelijk of artikel 14 Bvt een zelfstandige titel voor dwangopneming vormt. Gekeken naar de Nota van toelichting op artikel 22 van de Rvt biedt artikel 14 slechts een grond voor een ‘vrijwillige’ overplaatsing.

Uit de resultaten van de enquête blijkt dat in de praktijk opnames voorkomen waarbij de overplaatsing vanuit een tbs-kliniek gepaard gaat met een civielrechtelijke machtiging indien betrokkene niet wenst mee te werken aan een overplaatsing.

4.6.3 Verblijf

Wanneer men er vanuit gaat dat artikel 14 Bvt slechts grondslag biedt voor een vrijwillige overplaatsing dan dient er een rechterlijke machtiging dan wel een inbewaringstelling te worden verkregen wil de Wet Bopz gelding krijgen.

Onvrijwillige overplaatsing

Indien de opname in een psychiatrisch ziekenhuis gepaard gaat met een Bopz-titel dan is voor wat betreft de interne rechtspositie de Wet Bopz van toepassing indien betrokkene tevens ter beschikking is gesteld met bevel tot verpleging volgens de schakelbepaling van artikel 51 lid 2 Wet Bopz. Indien het een verpleegde¹²⁹ betreft die op een andere titel dan tbs met bevel tot verpleging in een tbs-kliniek verblijft dan is dit veel minder duidelijk geregeld. Artikel 4 Bvt geeft een opsomming van juridische titels op grond waarvan personen kunnen worden opgenomen in een tbs-kliniek en op wie de Bvt van toepassing is. Al deze titels staan niet vermeld in de schakelbepaling van artikel 51 van de Wet Bopz. Lid 2 noemt slechts de ter beschikking gestelden en de personen die worden geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van het overplaatsingsartikel van de Penitentiaire Beginselenwet. Gezien het feit dat er een Bopz-titel is verkregen, zal naar alle waarschijnlijkheid de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz gelding hebben. Het verdient aanbeveling dit duidelijker te regelen.

Naast het klachtrecht van de Wet Bopz kan betrokkene tevens klachten indienen bij de klachtencommissie op grond van de WKCZ.

¹²⁹ Artikel 14 spreekt van de ter beschikking gestelden en anderszins verpleegden.

Vrijwillige overplaatsing

Indien de overplaatsing van een ter beschikking gestelde dan wel anderszins verpleegde geschiedt op vrijwillige basis dan biedt, voor wat betreft het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis, de WGBO het kader. Daarnaast zijn op betrokkene de in het ziekenhuis geldende huisregels van toepassing. Indien nu een ter beschikking gestelde met bevel tot verpleging met zijn instemming wordt overgeplaatst naar een psychiatrisch ziekenhuis (dus niet een 'anderszins verpleegde') is dan het derde lid van artikel 51 lid 3 Wet Bopz van toepassing? Het derde lid bepaalt immers dat in geval de tenuitvoerlegging van de tbs met bevel tot verpleging plaatsvindt in een niet-justitiële tbs-kliniek de Wet Bopz van toepassing is voor wat betreft de interne rechtspositie. Vastgesteld kan worden dat artikel 51 lid 2 hieromtrent geen duidelijkheid verschaft.

4.6.4 Beëindiging

Onvrijwillige overplaatsing

De duur van de overplaatsing wordt bepaald door de noodzakelijkheid van de verpleging in het psychiatrisch ziekenhuis. Indien deze noodzakelijkheid niet meer aanwezig is, zal betrokkene in de regel worden teruggeplaatst naar de tbs-kliniek van herkomst. Indien een Bopz-titel is verkregen om een gedwongen opname te realiseren dan is het mogelijk dat betrokkene teruggaat naar de instelling van herkomst met een dubbele juridische titel namelijk de oorspronkelijke strafrechtelijke titel en een civielrechtelijke titel. Blijft de noodzaak tot het verblijf bestaan dan is het mogelijk dat aldaar de duur van de onderliggende maatregel verloopt. De beëindiging zal per juridische titel verschillen.

Vrijwillige overplaatsing

Ook hier geldt dat betrokkene zal worden teruggeplaatst indien de noodzaak tot het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis niet meer aanwezig is.

4.6.5 Conclusie

Op de peildatum van 1 januari 2001 bevonden zich minimaal 14 overgeplaatste ter beschikking gestelden (vanuit een justitiële tbs-kliniek) in een Bopz-instelling.¹³⁰

Met betrekking tot de juridische titel van overplaatsing vanuit een tbs-kliniek op grond van artikel 14 Bvt zijn, zoals is gebleken, verschillende onduidelijkheden te constateren. Het is niet geheel duidelijk of de overplaatsing slechts grond biedt voor een vrijwillige plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis of niet.

Wij zouden willen pleiten voor het volgende: de wetgever dient deze overplaatsing, vanuit de tbs-kliniek naar een psychiatrisch ziekenhuis van zowel ter beschikking gestelden als anderszins verpleegden, voor wat betreft de interne als de externe rechtspositie, beter te regelen, door deze overplaatsing als zelfstandige titel (artikel 14 Bvt) op te nemen in artikel 51 lid 3. Dit heeft tot gevolg dat indien vanuit de tbs-kliniek wordt besloten tot overplaatsing, betrokkene via het derde lid van artikel 51 Wet Bopz rechtstreeks valt onder de werking van de Wet Bopz voor wat betreft de interne rechtspositie. Voor wat betreft de externe rechtspositie biedt de Bvt en de Rvt dan het kader. Wel dient betrokkene de mogelijkheid te hebben tot het instellen van beroep tegen de overplaatsingsbeslissing die vanuit de tbs-kliniek wordt genomen.

4.7 De overplaatsing vanuit het gevangeniswezen

Art. 15 lid 5 Pbw: *"In geval van gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens van een gedetineerde kan de selectiefunctiearis bepalen dat een gedetineerde naar een psychiatrisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 1, onder h, van de Wet Bopz zal worden overgebracht om daar zolang dat noodzakelijk is te worden verpleegd."*

¹³⁰ Zie tabel 2 en noot 15.

4.7.1 Beslissing tot overplaatsing

Dit artikellid geeft de grondslag voor een opname in een psychiatrisch ziekenhuis vanuit het gevangeniswezen op grond van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens van de gedetineerde, waardoor een voortzetting van het verblijf in een huis van bewaring dan wel gevangenis onwenselijk is. Het verblijf kan duren zolang dat noodzakelijk is.

De werking van de Pbw strekt zich uit over het gehele gevangeniswezen. De wet is van toepassing op personen die verblijven in een Huis van Bewaring of een gevangenis ongeacht de juridische titel op grond waarvan die personen zich in een dergelijke instelling bevinden.

4.7.2 Plaatsing

De Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden

Lid 6 van artikel 15 bepaalt dat nadere regels worden gesteld aan de plaatsing en overplaatsing bedoeld in het eerste onderscheidenlijk het vijfde lid van artikel 15 Pbw. Dit heeft plaatsgevonden in de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden¹³¹ die in werking is getreden op 1 oktober 2000. De regeling regelt mede de gang van zaken bij de plaatsing van een gedetineerde in een psychiatrisch ziekenhuis (artikel 33 van de regeling). In de plaatsingsprocedure is een belangrijke rol weggelegd voor de forensisch psychiater van de Forensisch Psychiatrische Dienst.

“Deze indiceert de noodzaak of wenselijkheid van de opname in de vorm van een schriftelijk advies, draagt zorg voor de aanmelding bij een klinisch psychiatrische instelling en levert een bijdrage aan de toetsing van de vraag of de klinische opname maatschappelijke risico's met zich meebrengt.”¹³²

De procedure van plaatsing is als volgt: indien een overplaatsing geïndiceerd is, dient de directeur van de inrichting, na overleg met de forensisch psychiater van de Forensisch Psychiatrische Dienst een advies in bij de selectiefunctionaris. Dit advies van de directeur behelst: het advies van het Psycho Medisch Overleg,¹³³ een inschatting van het vlucht- en maatschappelijk risico dat aan de plaatsing verbonden is en een schriftelijke instemming van het Openbaar Ministerie indien het een onveroordeelde betreft dan wel bij vonnis een executie-indicator is gegeven (lid 1).

Indien de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis ten grondslag ligt aan de plaatsing dan dient de selectiefunctionaris zich te laten adviseren door het Penitentiair Selectie Centrum in Den Haag (lid 3). Dit advies kan achterwege blijven indien in het betreffende ressort een forensisch deskundige GGz-indicatiecommissie is ingesteld op grond van de 'Indicatiestelling in de forensische zorg', welk reeds een advies heeft uitgebracht (lid 4).

Indien detentievervangende behandeling van een persoonlijkheidsstoornis ten grondslag ligt aan de plaatsing wordt betrokkene administratief ingeschreven in het Penitentiair Selectie Centrum. In andere gevallen blijft de gedetineerde administratief ingeschreven bij de inrichting van herkomst.

De plaats van inschrijving volgt gedurende het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis het behandelingsverloop en fungeert als aanspreekpunt. Er bestaat tevens een mogelijkheid een gedetineerde te plaatsen in een dagbehandeling (lid 7).

Indien een langer verblijf van een gedetineerde in het pz zich niet meer verdraagt met de ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsstraf dan wel op andere gronden niet meer wenselijk is, dient de directeur van de inrichting bij de selectiefunctionaris een verzoek tot overplaatsing is (lid 8). De directeur kan tot terugplaatsing overgaan indien feiten of omstandig-

¹³¹ *Staatscourant* 12 september 2000, nr. 176 / pag. 9.

¹³² Regeling, p. 15.

¹³³ Zie Leenaars en De Kuiper, 1997.

heden bekend zijn geworden die wijzen op een onmiddellijk dreigend ontvluchtinggevaar of een ernstig gevaar voor personen of goederen (lid 9).

De toelichting op artikel 33 van de regeling geeft aan dat overplaatsing bedoeld is voor gedetineerden:

“- bij wie sprake is van een (dreigende) psychiatrische decompensatie dan wel absolute ongeschiktheid voor een detentiesituatie als gevolg van psychiatrische stoornissen, dan wel voor een psychiatrische aandoening waarvoor klinische behandeling is aangewezen;

- voor wie op grond van een persoonlijkheidsstoornis een detentievervangende behandeling is aangewezen in een andere voorziening dan in een tbs-inrichting.

Steeds zal naast de psychiatrische beoordeling van de wenselijkheid van de opname in een psychiatrische voorziening ook een gedegen inschatting moeten worden gemaakt van de penitentiaire aanvaardbaarheid van een dergelijke overplaatsing.”

Dit betekent dat er gekeken dient te worden naar het risico (vlucht en gevaar) van de plaatsing, daar een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, een FPA of een FPK te weinig gericht is op de beveiliging, de gedetineerde wordt er immers beschouwd als patiënt.

Vrijwillige en onvrijwillige plaatsing

Men dient zich te realiseren dat artikel 15 lid 5 Pbw slechts grondslag biedt voor een vrijwillige plaatsing. “Indien de gedetineerde niet instemt met een dergelijke overplaatsing, dan wel de gedetineerde in het psychiatrisch ziekenhuis als gedwongen opgenomen patiënt moet worden behandeld, is tevens een rechterlijke machtiging op grond van de Wet Bijzondere Opnemings Psychiatrische Ziekenhuizen vereist. Artikel 15, vijfde lid, biedt alleen basis voor een vrijwillige plaatsing.”¹³⁴ Ergo, gaat betrokkene niet akkoord met de overplaatsing dan dient er een rechterlijke machtiging te worden aangevraagd wil er een gedwongen opname plaatsvinden.

Vermeld dient te worden dat indien betrokkene niet wenst mee te werken aan een plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis, hij tegen de beslissing van de selectiefunctionaris geen beroep kan instellen. Hier ontbreekt het aan specifieke beroepsmogelijkheden (art. 16 Pbw). Widdershoven (2000) ziet dit als een gebrek in de wetgeving en acht het ontbreken van een beroepsmogelijkheid in het licht van het EVRM dan ook problematisch.¹³⁵ Hij merkt daarbij op dat tegen een overplaatsing vanuit een tbs-kliniek naar een psychiatrisch ziekenhuis de terbeschikkinggestelde wel een beroepsmogelijkheid toekomt, namelijk bij de Centrale Raad voor Strafrechtstoepassing.

4.7.3 Verblif

Artikel 51 lid 2 Wet Bopz: *“Met betrekking tot degene die op grond van deze wet in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven, zijn, indien zij tevens ter beschikking zijn gesteld met bevel tot verpleging van overheidswege, de artikelen 47, 48 en 49 niet van toepassing en wordt artikel 45 met dien verstande toegepast dat verlof door de geneesheer-directeur slechts wordt verleend in overeenstemming met Onze Minister van Justitie.*

Met het oog op de tenuitvoerlegging van het bevel tot verpleging van overheidswege kan de geneesheer-directeur het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis, bedoeld in dit lid en het eerste lid, na overleg met onze Minister van Justitie, beëindigen. Het voorgaande is van overeenkomstige toepassing op degene die op grond van deze wet en tevens met toepassing van artikel 15, vijfde lid, van de Penitentiaire beginselenwet in een psychiatrisch ziekenhuis een verblijven.”

¹³⁴ Regeling, p. 14.

¹³⁵ Handboek voor Opnemings en Verblif, 2000, p. 128-132.

Artikel 15 lid 5 zonder een Bopz-maatregel

Indien de procedure zoals boven beschreven is bewandeld en betrokkene werkt mee aan zijn overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis dan betreft het juridisch gezien een vrijwillige plaatsing. Dit heeft tot gevolg dat met betrekking tot de interne rechtspositie de Wet Bopz geen gelding heeft. Betrokkene valt onder de werking van de WGBO en daarnaast zijn de huisregels van het psychiatrisch ziekenhuis op hem van toepassing.

De gedetineerde kan tevens klachten indienen bij de klachtencommissie op grond van de WKCZ. Duidelijk zal zijn dat de gevangenisstraf bepaalt dat betrokkene niet zomaar kan gaan en staan waar hij wilt. Zoals vermeld, is de instelling van herkomst, waar betrokkene is ingeschreven, verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van de detentie. Zij dient toezicht te houden op het behandelverloop en zij fungeert als aanspreekpunt voor het psychiatrisch ziekenhuis.

Terugplaatsing

Mocht na de plaatsing toch de noodzaak bestaan om bijvoorbeeld middelen of maatregelen toe te passen dan dient alsnog een IBS dan wel een RM aangevraagd te worden. Indien betrokkene vluchtgevaarlijk blijkt dan wel wanneer de tenuitvoerlegging van de straf niet ongestoord verloopt, kan betrokkene worden teruggeplaatst naar de instelling van herkomst. De genoemde Regeling geeft daarvoor de te volgen procedure.

Praktijk

Uit de enquête vloeit voort dat overplaatsingen vanuit het gevangeniswezen veelal plaatsvinden op een forensisch psychiatrische afdeling dan wel in een forensisch psychiatrische kliniek. Zelden wordt een gedetineerde op een reguliere afdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis geplaatst. Gezien het feit dat de plaatsing juridisch gezien een vrijwillige is en de Wet Bopz geen gelding heeft, lijkt de onderliggende juridische titel, de gevangenisstraf, veelal een stok achter de deur om betrokkene te motiveren voor een behandeling. Theoretisch gezien heeft betrokkene weinig te kiezen: óf hij werkt mee aan de hem voorgestelde behandeling óf hij gaat terug naar de penitentiaire inrichting.

Daar betrokkene in het psychiatrisch ziekenhuis veelal meer vrijheid geniet lijkt de keuze dan al snel gemaakt. Bij de plaatsingen welke plaatsvinden op vrijwillige basis maar waaraan een strafrechtelijke titel ten grondslag ligt, lijkt er in het psychiatrisch ziekenhuis veel gebruik gemaakt te worden van drang. De juridische titel fungeert dan als een stok achter de deur. Maar hierover later bij de bespreking van de knelpunten in de praktijk.

Tot slot gaf een enkele psychiater te kennen het als een probleem te ervaren dat een overgeplaatste gedetineerde financieel nergens recht op heeft.

Hij heeft geen recht op een uitkering en het is niet mogelijk in het psychiatrisch ziekenhuis werkzaamheden te verrichten voor geld, zoals dit wel mogelijk is in een penitentiaire inrichting.

Artikel 15 lid 5 met een Bopz-maatregel

Zoals reeds vermeld geeft de toelichting op de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden aan dat een overplaatsing van een gedetineerde naar een psychiatrisch ziekenhuis zonder medewerking van betrokkene, het overplaatsingsbesluit van de selectiefunctionaris gepaard dient te gaan met een rechterlijke machtiging om de gedwongen opname in de psychiatrie te legitimeren.

Daar de opname in het psychiatrisch ziekenhuis gepaard is gegaan met een Bopz-titel is op betrokkene de interne rechtspositie van de Wet Bopz van toepassing volgens het tweede lid van artikel 51 Wet Bopz. Op grond van artikel 40 lid 3 Wet Bopz is het mogelijk, onder voorwaarden, betrokkene in zijn vrijheden te beperken.

4.7.4 Beëindiging

De inrichting waar betrokkene administratief is ingeschreven is volgens de Regeling verantwoordelijk voor de ongestoorde tenuitvoerlegging van de detentie. Deze instelling volgt de behandeling en vormt een aanspreekpunt voor het psychiatrisch ziekenhuis. In dat kader dient de inrichting tevens zicht te houden of de mate waarin in het kader van behandeling aan betrokkene vrijheden worden toegekend, zich verdraagt met de ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsstraf.

De toevoeging van plaatsing vanuit het gevangeniswezen is gewijzigd bij wet van 22 juni 2000 en is in werking getreden per 1 december 2000.

Aanleiding hiertoe was onder andere een uitspraak van de Rechtbank te Den Bosch waaruit bleek dat er onduidelijkheden bestonden omtrent het vrijhedenbeleid (de externe rechtspositie) van gedetineerden welke zijn overgeplaatst vanuit het gevangeniswezen naar een psychiatrisch ziekenhuis.¹³⁶

Rechtbank 's-Hertogenbosch 20 november 1997

In deze zaak ging het om een gedetineerde die op grond van artikel 47 Gevangenismaatregel (oud) in combinatie met een rechterlijke machtiging was overgeplaatst naar een psychiatrisch ziekenhuis. De klacht betreft het niet verlenen van vrijheden die in het behandelingsplan zijn opgenomen. Duidelijk is dat voor betrokkene de interne rechtspositie van de Wet Bopz gelding heeft. Doch er bestaan onduidelijkheden voor wat betreft de externe rechtspositie, in casu het vrijhedenbeleid. De behandelaars achtten betrokkene toe aan wat meer vrijheden in het kader van zijn behandelplan. Het psychiatrisch ziekenhuis stelt zich op het standpunt dat hiervoor de toestemming van de minister van Justitie vereist is. Volgens de geraadpleegde deskundige van het ministerie van Justitie wordt de rechtspositie van betrokkene bepaald door de regels van de Wet Bopz zolang deze op een gesloten afdeling verblijft. Zodra echter behandelaars van mening zijn dat in het kader van de behandeling bepaalde vrijheden kunnen worden verleend buiten de kliniek, is daarvoor de toestemming vereist van de minister van Justitie.

Betrokkene stelt zich op het standpunt dat de wet Bopz geen bepaling bevat welke het vrijhedenbeleid beperkt van gedetineerden die zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. De rechtbank verklaart de klacht ongegrond. Wel gaf de rechtbank aan de redenering van betrokkene niet te delen:

“Een ander standpunt zou tot een ongewenst resultaat leiden. Het is namelijk niet aanvaardbaar dat een gedetineerde, waarvan de straf in het psychiatrisch ziekenhuis doorloopt, zonder voorbehoud voor vrijheden in aanmerking komt die hem binnen de Penitentiaire Inrichting wellicht niet ten deel vallen. Daarnaast zou een ongerechtvaardigd verschil in behandeling ontstaan tussen personen als betrokkene en gedetineerden die vrijwillig worden overgebracht naar een psychiatrisch ziekenhuis -op wie het vrijhedenbeleid volgens de wet Bopz niet van toepassing is - en voor wie de Minister van Justitie bij het verlenen van vrijheden verantwoordelijkheid blijft dragen. (...)

Gelet op het voorgaande dient het niet regelen van het vrijhedenbeleid voor gedetineerden in een psychiatrisch ziekenhuis gezien te worden als een ongewilde omissie van de wetgever.”

Door de wijziging van artikel 51, tweede lid, van de Wet Bopz wordt er duidelijkheid verschaft omtrent het vrijhedenbeleid van gedetineerden die zich bevinden in een psychiatrisch ziekenhuis waarvan de overplaatsing gepaard is gegaan met een RM/IBS.

“Met de uitbreiding van artikel 51, tweede lid, wordt voor deze groep hetzelfde systeem gehanteerd als voor degenen die op grond van een rechterlijke machtiging in combinatie met een bevel tot verpleging in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven. Voor het verlenen van verlof

¹³⁶ Rb 's-Hertogenbosch 20 november 1997, *kBJ* 1998, nr. 13.

wordt door de voorgestelde wijziging ook voor deze groep de instemming van de Minister van Justitie vereist.¹³⁷

Feit blijft dat de rechtspositie van een vrijwillig overgeplaatste gedetineerde en die van een niet vrijwillig overgeplaatste gedetineerde van elkaar verschillen daar slechts laatstgenoemde modaliteit wordt geregeld door artikel 51 lid 2 Wet Bopz. Onduidelijk is dus welke externe rechtspositie van toepassing is op een vrijwillig overgeplaatste gedetineerde.

Daar artikel 51 lid 2 Wet Bopz slechts de Wet Bopz van toepassing verklaart ten aanzien van de interne rechtspositie van een gedetineerde die is overgeplaatst met een RM, is slechts de WGBO van toepassing voor de vrijwillig geplaatste gedetineerde. Vastgesteld kan worden dat het op zijn minst vreemd is dat een persoon, veroordeeld tot detentie, in het psychiatrisch ziekenhuis alle vrijheden heeft indien hij heeft ingestemd met de overplaatsing.

Artikel 15 lid 5 zonder een Bopz-maatregel

Voor wat betreft de externe rechtspositie blijft het ministerie van Justitie de verantwoordelijke instantie. Indien aan betrokkene meer vrijheden worden verleend heeft het psychiatrisch ziekenhuis daarvoor de instemming van de Minister van Justitie nodig. Echter voor wat betreft zijn externe rechtspositie biedt de wet geen soelaas en dit is zeer ongewenst.

De duur van het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis is niet aan een termijn verbonden. Betrokkene kan in het ziekenhuis blijven zolang dat 'noodzakelijk' wordt geacht. Echter op de datum van zijn vervroegde invrijheidsstelling (slechts bij afgestraften) kan betrokkene gaan en staan waar hij wilt.

Doch het verblijf kan worden voortgezet op vrijwillige basis. Indien betrokkene geen blijk geeft van de nodige bereidheid dan kan, indien aan de wettelijke voorwaarden is voldaan, het psychiatrisch ziekenhuis een inbewaringstelling dan wel een rechterlijke machtiging aanvragen om het verblijf van betrokkene te doen voortzetten.

Artikel 15 lid 5 met een Bopz-maatregel

Het tweede lid van artikel 51 Wet Bopz geeft aan dat de regelingen met betrekking tot het ontslag niet van toepassing zijn en dat het verlof slechts wordt verleend in overeenstemming met de minister van Justitie. Dit voor wat betreft de externe rechtspositie. Nu kan het voorkomen dat datum van zijn vervroegde invrijheidsstelling verloopt op het moment dat betrokkene nog verblijft in een psychiatrisch ziekenhuis. In het *Vademecum* (2001) staat, bij de juridische titel van overplaatsing vanuit een penitentiaire inrichting naar een psychiatrisch ziekenhuis met RM/IBS, dat er sprake is van een dubbele titel, namelijk artikel 15 lid 5 Pbw (het overplaatsingsbesluit) en een IBS of RM. Indien de termijn van de detentie verstreken is wordt het verblijf voortgezet op basis van de IBS of RM. In het *Handboek voor opneming en Verblijf* (2000) wordt omtrent de beëindiging vermeld: "Zodra de onderliggende justitiële detentie eindigt (vrijheidsbenaming aldaar niet langer aan de orde is), vervalt de grondslag aan de plaatsing ex artikel 15 lid 5 Pbw, waarmee ook artikel 51 lid 2 Bopz niet langer van toepassing is."

Een aantal psychiaters heeft te kennen gegeven het vreemd te vinden dat indien betrokkene terug wordt geplaatst naar de penitentiaire instelling van herkomst de Bopz-maatregel nog van kracht is.

Onduidelijk is wat er dient te gebeuren daar ontslag slechts kan worden verleend op gronden in de Wet Bopz gesteld.

4.7.5 Conclusie

Op de peildatum van 1 januari 2001 bevonden zich minimaal 37 overgeplaatste justitiabelen zich in een Bopz-instelling.¹³⁸

Duidelijk zal zijn dat de rechtsposities van personen die veroordeeld zijn tot een vrijheidsstraf kunnen verschillen. De rechtspositie hangt af van de plaats waar de straf ten uitvoer wordt

¹³⁷ *Kamerstukken II* 1998-1999, 26 527, nr. 3, p. 4.

¹³⁸ Zie tabel 2 en noot 15.

gelegd. Deze verschillen in rechtsposities kunnen in de praktijk nog extra onduidelijkheden meebrengen vooral ten aanzien van het vrijhedenbeleid, ondanks de wetswijziging van 22 juni 2000.¹³⁹ Er wordt marginaal een spanningsveld gevoeld tussen de tenuitvoerlegging van de gevangenisstraf en de doelstellingen van de behandelaars in de geestelijke gezondheidszorg.

Vastgesteld kan worden dat artikel 51 lid 2 Wet Bopz onduidelijkheden oplevert. Voor wat betreft de externe rechtspositie van een gedetineerde die is overgeplaatst met een RM biedt het tweede lid geen soelaas. En ten aanzien van een vrijwillig overgeplaatste gedetineerde is het op zijn minst vreemd dat hij in het psychiatrisch ziekenhuis ruime vrijheden heeft daar hij slechts onder de werking van de WGBO valt. Ook hier zouden wij, net als bij de overplaatsing vanuit een justitiële tbs-kliniek, ervoor willen pleiten deze overplaatsing (artikel 15 lid 5 Pbw) als zelfstandige titel op te nemen in artikel 51 lid 3. Dit heeft tot gevolg dat betrokkene rechtstreeks onder de werking van de Wet Bopz, voor wat betreft zijn interne rechtspositie, komt te vallen. Daarnaast dient de externe rechtspositie te worden geregeld door de Pbw. Ook hier dient betrokkene de mogelijkheid te hebben tot het instellen van beroep tegen de overplaatsingsbeslissing die wordt genomen door de selectiefunctionaris.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de overgang vanuit het gevangeniswezen door de meeste betrokkenen als een grote verandering wordt ervaren. De gedetineerden zijn immers afkomstig uit een instelling met een strakke structuur en weinig vrijheden. Dit is in het psychiatrisch ziekenhuis duidelijk anders. Hier is de patiënt aan minder beperkingen onderworpen. Medewerkers van een aantal FPA's geven te kennen te streven naar opnames van gedetineerden zonder een Bopz-maatregel. Dit kan in verband worden gebracht met de aard van de instelling, namelijk een instelling van de geestelijke gezondheidszorg waarbij behandeling bij voorkeur dient plaats te vinden op behandelafspraken. Dit vergroot de kans op een geslaagde behandeling. Indien de overplaatsing gepaard gaat met een Bopz-maatregel betekent dit voor het psychiatrisch ziekenhuis dat het te maken krijgt met een wat zwaarder categorie van patiënten. Dit is enerzijds lastig maar anderzijds is de Wet Bopz van toepassing waardoor het psychiatrisch ziekenhuis wat meer handelingsmogelijkheden heeft in vergelijking tot een 'vrijwillige' patiënt.

4.8 De overbrenging vanuit het gevangeniswezen naar onder meer een verslavingskliniek

Art. 43 lid 1 Pbw: *"De gedetineerde heeft recht op sociale verzorging en hulpverlening."*
Lid 3: *"De directeur draagt er zorg voor overbrenging van een gedetineerde naar de daartoe bestemde plaats, indien de in het eerste lid omschreven zorg en hulp dit noodzakelijk maken en een dergelijke overbrenging zich verdraagt met de ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming."*

4.8.1 Beslissing tot overbrenging

De procedure voor deze overbrenging van een gedetineerde is beschreven in de regeling selectie plaatsing en overplaatsing.¹⁴⁰ Bij de plaatsing dient men vooral te denken aan een plaatsing in een verslavingskliniek. Artikel 32 van de Regeling bepaalt de procedure. "De directeur kan, na instemming van de selectiefunctionaris, besluiten een veroordeelde gedetineerde in een verslavingskliniek te plaatsen, indien de klinische opname in de verslavingskliniek als detentievervangende behandeling geïndiceerd is en de overbrenging zich verdraagt met de

¹³⁹ Waarbij de overplaatsing vanuit het gevangeniswezen met een rechterlijke machtiging is toegevoegd aan artikel 51 lid 2 Wet Bopz.

¹⁴⁰ *Staatscourant* 12 september 2000, nr. 176 / pag. 9.

ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming.” De einddatum van de detentie dient vast te staan, het strafrestant dient maximaal 12 maanden te bedragen. Betrokkene blijft administratief ingeschreven in de inrichting van herkomst. Deze inrichting volgt tevens het verblijf en behandelverloop in de verslavingskliniek en treedt tevens op als intermediair bij eventuele bijzonderheden en incidenten. De overbrenging geschiedt veelal in het kader van een penitentiair programma.¹⁴¹

Volgens de toelichting is de plaatsing in een verslavingskliniek bedoeld voor gedetineerden met de wens tot detentievervangende behandeling in de laatste fase van de gevangenisstraf waarbij een positieve inschatting is gemaakt van de motivatie van de gedetineerde en de wenselijkheid en haalbaarheid van de behandeling. Betrokkene dient in staat te zijn aan zijn verslavingsproblematiek te werken.

4.8.2 Verblijf

Betrokkene dient gemotiveerd in te stemmen met de vorm van overbrenging. Hij dient aan zijn verslavingsproblematiek te willen werken. De plaatsing geschiedt dan ook altijd op vrijwillige basis en gaat nooit gepaard met een rechterlijke machtiging.

Tegen de beslissing tot overbrenging kan betrokkene dan ook geen beroep instellen. De instelling van herkomst dient zicht te houden op het verloop van de behandeling en dient met de kliniek afspraken te maken in welke mate in het kader van de behandeling aan betrokkene vrijheden kunnen worden toegekend. In Nederland zijn een aantal verslavingsklinieken aangewezen als Bopz-instelling doch het betreft hier een vrijwillige modaliteit waardoor de WGBO het kader biedt. Verdraagt de behandeling of het verblijf zich niet met de ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsstraf dan kan betrokkene te worden teruggeplaatst naar de inrichting van herkomst.

De Wet Bopz speelt in dit kader geen rol. Ten eerste omdat de plaatsing geschiedt op vrijwillige basis en ten tweede zal niet worden voldaan aan de voorwaarden voor verkrijging van een rechterlijke machtiging dan wel een inbewaringstelling omdat de vereisten van stoornis en gevaar veelal ontbreken. Dus ook al zijn een aantal verslavingsklinieken aangewezen als een Bopz-instelling, de Wet Bopz speelt daar geen rol.

4.8.3 Beëindiging

Zoals vermeld kan betrokkene worden teruggeplaatst naar de instelling van herkomst indien het verblijf in een verslavingskliniek zich niet meer verdraagt met de ongestoorde tenuitvoerlegging. Indien het verblijf en de behandeling voorspoedig verlopen, kan het gebeuren dat de einddatum van de vrijheidsstraf zich aandient in de kliniek.

Vanaf dat moment is betrokkene vrij om te gaan en staan waar hij wilt.

4.8.4 Conclusie

Uit enkele gesprekken met medewerkers van verslavingsklinieken komt naar voren dat het niet kunnen werken met de Wet Bopz soms als een gemis wordt ervaren. Een aantal verslavingsklinieken is aangewezen als Bopz-instelling. Veelal gebeurt het dat de gedetineerde in het kader van een penitentiair programma in een verslavingskliniek wordt geplaatst en na verloop van tijd slechts bezig is met de einddatum van zijn detentie hetgeen de behandeling ernstig frustrereert.¹⁴² Daar komt bij dat het zelden voorkomt dat een gedetineerde na afloop van zijn straf het verblijf op geheel vrijwillige basis voortzet. Dit geeft behandelaars de indruk dat het effect van behandeling uiteindelijk nihil is.

¹⁴¹ Zie Reinied, 2001.

¹⁴² Zie voor de contradicties in behandeling van verslaafden binnen strafrechtelijk kader Noorlander, 2001.

4.9 De maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen

Ten aanzien van degene die ten tijde van het begaan van het strafbaar feit de leeftijd van 12 jaren doch nog niet die van achttien jaren heeft bereikt, is het jeugdstrafrecht van toepassing (art. 77a Sr). Indien de jeugdige ten tijde van het strafbaar feit de leeftijd van 16 jaren doch nog niet die van achttien jaren heeft bereikt kan het meerderjarigen strafrecht worden toegepast, indien de rechter daartoe grond vindt in de ernst van het begane feit, de persoonlijkheid van de dader of de omstandigheden waaronder het strafbaar feit is begaan (artikel 77b). Indien een dader ten tijde van het strafbaar feit de leeftijd van 18 doch nog niet die van 21 jaren heeft bereikt, kan de rechter het jeugdstrafrecht toepassen, indien hij daartoe grond vindt in de persoonlijkheid van de dader of de omstandigheden waaronder het feit is begaan (artikel 77c Sr).

Een van de maatregelen die de rechter aan de jeugdige kan opleggen, betreft het plaatsen in een inrichting voor jeugdigen (PIJ) op grond van artikel 77s Sr. Het eerste lid behelst:

De maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen kan slechts worden opgelegd, indien:

- a. het een misdrijf betreft waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten*
- b. de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van die maatregel eist, en*
- c. de maatregel in het belang is van een zo gunstig mogelijke verdere ontwikkeling van de verdachte.*

4.9.1 Oplegging

Lid 3 van artikel 77s Sr geeft aan dat de maatregel tevens kan worden opgelegd indien de verdachte niet strafbaar is op grond ervan dat het feit hem wegens een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis niet kan worden toegerekend. Het vijfde lid handelt over de tenuitvoerlegging. De Minister van Justitie is verantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging en kan bepalen dat betrokkene wordt geplaatst in een daartoe aangewezen justitiële jeugdinrichting dan wel elders. Onder 'elders' kan mede worden verstaan plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit betreft veelal de klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie, die zijn aangemerkt als Bopz-instelling.¹⁴³ De tenuitvoerlegging vindt normaliter plaats in rijksinrichtingen en in gesloten particuliere inrichtingen voor jeugdigen (artikel 65 Wet op de jeugdhulpverlening).

Er bestaat in Nederland binnen de geestelijke gezondheidszorg slechts één niet-justitiële residentiële instelling voor jeugdige forensisch psychiatrische patiënten, dit betreft De Catamaran, onderdeel van het Forensisch Psychiatrisch Circuit te Eindhoven.¹⁴⁴

Beginnelsenwet justitiële jeugdinrichtingen

Op 1 september 2001 is in werking getreden de Beginselenwet Justitiële Jeugdinrichtingen (BJJI). Deze wet regelt de tenuitvoerlegging van vrijheidsbenemende jeugdstraffen en op jeugdigen betrekking hebbende vrijheidsbenemende maatregelen. Er bestond een zeer verbrokkelde en ontoereikende regelgeving voor de justitiële jeugdsector, deze wet dient dit te ondervangen. De memorie van toelichting formuleert dit als volgt:

"Het voorstel voor een Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen bevat een kaderwet voor de tenuitvoerlegging van vrijheidsbeneming in justitiële jeugdinrichtingen en komt voort uit de groeiende behoefte aan een integrale regeling van de materiële en formele aspecten van verblijf in justitiële jeugdinrichtingen. Een aantal factoren speelt hierbij een rol. De huidige regelgeving is verbrokkeld en ontoereikend. Zo zijn de materiële aspecten van het verblijf in de

¹⁴³ Zie: *Staatscourant* 26 juni 2001, nr. 120: "Aanmerking als instelling bedoeld in artikel 1 Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen".

¹⁴⁴ De Catamaran kenmerkt zich door een hoger niveau van beveiliging en forensisch gedragskundige expertise in vergelijking met de reguliere instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie.

inrichting in beperkte mate geregeld, bestaat er onvoldoende wettelijke basis voor de uitoefening van controle bevoegdheden en de aanwending van dwangmiddelen, en is de beklagregeling naar hedendaagse normen van bestuursrecht onvoldoende uitgewerkt.”

Verder worden in de toelichting enkele woorden gewijd aan de verhouding met andere wetgeving omtrent justitiële inrichtingen, zoals de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden en de Penitentiaire beginselenwet: “Het voorliggende wetsvoorstel vormt voorts het sluitstuk van de integrale herziening van de regelgeving voor de onder de Minister van Justitie ressorterende inrichtingen.”¹⁴⁵

Er is getracht deze drie wetten zoveel mogelijk op elkaar te doen afstemmen. Zij zijn vrijwel gelijk in opzet en structuur. Het spreekt voor zich dat er verschillen bestaan omtrent de aard van de populatie en het doel van de vrijheidsbeneming. Het belang van de opvoeding en behandeling speelt in de BJJl een centrale rol.

Artikel 2 lid 2 van de wet geeft aan dat de tenuitvoerlegging wordt aangewend ter opvoeding van de jeugdige en dat het zoveel mogelijk dienstbaar wordt gemaakt aan de voorbereiding op diens terugkeer in de maatschappij (art. 2 lid 2 BJJl). Indien betrokkene in een justitiële jeugdinrichting wordt geplaatst, is op hem de BJJl van toepassing. De wet regelt de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf dan wel een vrijheidsbenemende maatregel voor jeugdigen.

4.9.2 Opname

Indien betrokkene de maatregel van PIJ is opgelegd, bestaat er de mogelijkheid deze maatregel ten uitvoer te leggen in een psychiatrisch ziekenhuis. Ingevolge artikel 77v lid 1 Sr neemt de rechter in zijn uitspraak een advies op over de plaats waar en de wijze waarop deze maatregel zal moeten worden ten uitvoer gelegd. De selectiefunctionaris neemt een beslissing omtrent de plaats van de tenuitvoerlegging en neemt daarbij het advies van de rechter in acht. Tegen deze beslissing kan de jeugdige bezwaar aantekenen dan wel beroep instellen bij de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (art. 77 e.v. BJJl). Daarnaast kan de jeugdige op grond van artikel 18 BJJl bij de selectiefunctionaris een verzoekschrift indienen omtrent de plaats van de tenuitvoerlegging. De selectiefunctionaris zal vooral een psychiatrisch ziekenhuis als de plaats van de tenuitvoerlegging aanwijzen indien de maatregel mede is opgelegd wegens een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis. Duidelijk zal zijn dat het gevaar dat de jongere oplevert niet al te groot dient te zijn daar de instellingen van de geestelijke gezondheidszorg het vrijwel ontbreekt aan mogelijkheden tot beveiliging.¹⁴⁶

4.9.3 Verblijf

Sinds de inwerkingtreding van de wet op 2 juli 1997¹⁴⁷ (wijziging van artikel 51 lid 3 Wet Bopz) is er duidelijkheid geschapen omtrent de rechtspositie van een jeugdige met een PIJ-maatregel in een psychiatrisch ziekenhuis. Artikel 51 lid 3 Wet Bopz geeft het kader voor de rechtspositie van personen ten aanzien wie de maatregel van PIJ is opgelegd en waarvan de tenuitvoerlegging plaatsvindt in een psychiatrisch ziekenhuis.

Het derde lid is als volgt geformuleerd:

“De artikelen 36 tot en met 41, 44, 56, 57 en 58 zijn van overeenkomstige toepassing met betrekking tot personen die ter beschikking zijn gesteld met bevel tot verpleging van overheidswege en met betrekking tot personen aan wie de maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen is opgelegd, indien die verpleging dan wel de tenuitvoerlegging van die maatregel plaatsvindt in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden als bedoeld in artikel 90, quinquies, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht.”

¹⁴⁵ *Kamerstukken II* 1997-1998, 26 016, nr. 3, p. 3.

¹⁴⁶ Het spreekt voor zich dat de FPK's en FPA's een groter beveiligingsniveau kennen.

¹⁴⁷ Wet van 10 april 1997, *Staatsblad* nr. 271

Op het moment dat betrokkene zich in een psychiatrisch ziekenhuis bevindt zijn op hem van toepassing de regelingen met betrekking tot de rechten van onvrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis verblijvende patiënten, de vastlegging van gegevens en het verstrekken van gegevens aan de Officier van Justitie en de inspecteur. Zij gelden dus als onvrijwillig opgenomen in het kader van de Wet Bopz. De Memorie van Toelichting geeft als reden voor de wetswijziging duidelijkheid te willen verschaffen omtrent de rechtspositie van de jeugdigen met een PIJ-maatregel die zich bevinden in een psychiatrisch ziekenhuis. "De keuze is gemaakt om te voorkomen dat binnen een instituut voor verschillende patiënten verschillende rechtsposities zouden gelden." Daarnaast zou de wetswijziging van belang zijn omdat in de loop van 1996 de eerste forensisch jeugdpsychiatrische kliniek zou worden geopend, De Catamaran.¹⁴⁸

4.9.4 Verlof en ontslag

Artikel 51 lid 3 van de Wet Bopz verklaart de regelingen met betrekking tot het verlof en ontslag niet van overeenkomstige toepassing. Widdershoven¹⁴⁹ merkt op dat omtrent het verlenen van verlof geen specifieke regeling van toepassing is op de PIJ-patiënt hetgeen hij aanmerkt als een duidelijk tekortkoming. Echter sedert de inwerkingtreding van de BJJl is het verlof en proefverlof geregeld in de artikelen 30 resp. 31 BJJl, welke artikelen dan ook op gelijke wijze van toepassing dienen te zijn zoals dat voor ter beschikking gestelden is geregeld in de Bvt. Echter het derde lid van artikel 51 vermeldt niet expliciet welke regelingen omtrent de externe rechtspositie van toepassing zijn.

De opgelegde maatregel geldt voor de termijn van twee jaar. De Minister kan de maatregel te allen tijde, na advies te hebben ingewonnen van de raad voor de kindbescherming, voorwaardelijk of onvoorwaardelijk beëindigen (art. 77s lid 6 en 8).

Indien de maatregel is opgelegd ter zake van een misdrijf dat gericht is tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam van een of meer personen dan kan de rechter op vordering van het Openbaar Ministerie de termijn van twee jaar met ten hoogste twee jaren verlengen. Verlenging is slechts mogelijk voor zover de maatregel daardoor de duur van vier jaar niet te boven gaat, tenzij de maatregel is opgelegd aan een verdachte die niet strafbaar is op de grond dat het feit hem wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis niet kan worden toegerekend. In een dergelijk geval is verlenging mogelijk voor zover de maatregel daardoor de duur van zes jaar niet te boven gaat (art. 77t Sr).

Ergo, wordt de maatregel niet verlengd of gaat het de geldigheidsduur van vier of zes jaar te boven, dan is de jongere vrij om te gaan waar hij wilt.

4.9.5 Conclusie

Op de peildatum van 1 januari 2001 bevonden zich minimaal 51 jeugdigen aan wie een PIJ-maatregel is opgelegd in een Bopz-instelling.¹⁵⁰ Er wordt geen centrale registratie bijgehouden van jongeren van wie de PIJ-maatregel ten uitvoer wordt gelegd in een psychiatrisch ziekenhuis.

In het kader van het onderzoek zijn een aantal gesprekken gevoerd met gedragskundigen van GGz-instellingen waar soms jeugdigen met een PIJ-maatregel worden opgenomen. Duidelijk is dat de maatregel zelden direct ten uitvoer wordt gelegd in een GGz-instelling. Indien een jeugdige met een PIJ-maatregel zich in de psychiatrie bevindt dan is dit veelal in het kader van de eindfase van de maatregel om een geleidelijke terugkeer naar de samenleving te realiseren. Uitzondering vormt hierop de opnames in De Catamaran. Gedragskundigen van deze instelling geven aan dat de Wet Bopz geen mogelijkheden biedt op te treden vanuit pedagogisch oog-

¹⁴⁸ *Kamerstukken II 1995-1996*, 24 669, nr. 3.

¹⁴⁹ *Handboek voor Opneming en Verblijf*, 2000, C/51, p. 73.

¹⁵⁰ Zie tabel 2 en noot 15.

punt¹⁵¹ en dit is nu juist zo belangrijk bij deze groep van jeugdigen. De wet lijkt voor deze groep van patiënten dan ook niet te zijn geschreven. Tot slot is door een aantal referenten uit het veld van de forensische jeugdpsychiatrie aangevoerd dat er te weinig plaatsen zijn voor jeugdigen in de forensische psychiatrie.

4.10 De overplaatsing vanuit een justitiële jeugdinrichting

Artikel 16 lid 5 BJJl: *‘In geval van gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de jeugdige kan de selectiefunctaris, met inachtneming van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, bepalen dat de jeugdige naar een psychiatrisch ziekenhuis als bedoeld in artikel 1, onder h, van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen zal worden overgebracht om daar zolang als dat noodzakelijk is te worden verpleegd.’*

4.10.1 Plaatsing

De nieuwe wet op de justitiële jeugdinrichtingen biedt de mogelijkheid van overplaatsing van een jeugdige naar een psychiatrisch ziekenhuis indien er bij betrokkene sprake is van een gebrekkige ontwikkeling dan wel ziekelijke stoornis om daar, zolang dat noodzakelijk is, te worden verpleegd. Zowel de Bvt (art. 14) als de Pbw (art. 15 lid 5) bevatten elk een vergelijkbaar artikel dat de grondslag biedt voor een dergelijke overplaatsing indien er bij betrokkene sprake is van ernstige psychische problematiek. Tekstueel gezien bestaat er een verschil tussen de overplaatsingsartikelen van de Pbw en de Bvt en die van de BJJl. Artikel 16 lid 5 van de BJJl vermeldt: ‘met in achtneming van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen’. Dit impliceert dat een overplaatsing gepaard kan gaan met een Bopz-titel, zoals een rechterlijke machtiging. Omtrent de tenuitvoerlegging van de PIJ-maatregel wordt slechts iets geregeld in artikel 51 lid 3 Wet Bopz. Hierin staat vermeld dat indien de tenuitvoerlegging plaatsvindt in een psychiatrisch ziekenhuis (een deel van) de wet Bopz van overeenkomstige toepassing is.

In dit kader dient tevens melding gemaakt te worden van de overplaatsing naar een andere instelling indien dit medisch geïndiceerd is (artikel 47 BJJl).

Regeling plaatsing en overplaatsing van jeugdigen¹⁵²

Net als voor de gedetineerden is voor de jeugdigen een aparte regeling opgemaakt omtrent de procedure van plaatsing, overplaatsing en overbrenging (artikel 16 lid 6). In paragraaf zes (artikel 11 en 12) is de procedure beschreven voor wat betreft de overplaatsing vanuit een justitiële jeugdinrichting naar een psychiatrisch ziekenhuis op grond van artikel 16 lid 5 en op grond van artikel 47 indien er sprake is van een medische noodzaak. De procedure voor de overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis is als volgt: indien een overplaatsing geïndiceerd is dient de directeur van de inrichting een advies in bij de selectiefunctaris. Dit advies dient te bestaan uit een advies van het Psycho Medisch Overleg¹⁵³ dan wel van een gedragskundige omtrent de psychiatrische dan wel psychische problematiek van de jeugdige en omtrent de wenselijkheid van opname, een verblijf- of behandelplan en een inschatting van het risico van de opname, instemming van het Openbaar Ministerie indien het om een preventief gehechte gaat en een advies van de (gezins)voogdij-instelling indien de jeugdige op grond van een Bopz-titel in de inrichting verblijft. De selectiefunctaris is de beslissende instantie en de inrichting van herkomst, waar betrokkene is ingeschreven, blijft aanspreekpunt en volgt de behandeling van de jeugdige.

¹⁵¹ Ooyen-Hoeben, M. van, et al, 1999.

¹⁵² *Staatscourant* 15 augustus 2001, nr. 156/pag. 17.

¹⁵³ Zie Leenaars en De Kuiper, 1997.

4.10.2 Verblijf

In de toelichting op artikel 11 van de regeling plaatsing en overplaatsing wordt melding gemaakt van het feit dat een dergelijke overplaatsing slechts basis is voor een vrijwillige plaatsing. Indien de jeugdige niet instemt met de overplaatsing, dan wel de jeugdige in het psychiatrisch ziekenhuis als gedwongen patiënt moet worden behandeld, is tevens een rechterlijke machtiging op grond van de Wet Bopz vereist. "Bij de PIJ-ers ligt dat gelet op artikel 51, derde lid en artikel 53 Wet Bopz anders. Artikel 51, derde lid, van de Bopz geeft aan dat PIJ-ers die in een psychiatrisch ziekenhuis zijn geplaatst, als gedwongen patiënt behandeld kunnen worden. Een afzonderlijke rechterlijke machtiging is derhalve niet meer nodig voor PIJ-ers. Die is wel weer nodig voor jeugdigen die een detentie ondergaan, want die worden niet genoemd in artikel 51, derde lid, van de Wet Bopz."¹⁵⁴

Er wordt hier een onderscheid gemaakt in de procedure voor jeugdigen die detentie ondergaan en jeugdigen met de PIJ-maatregel. In geval van jeugddetentie dient dus een rechterlijke machtiging te worden aangevraagd indien betrokkene niet wenst mee te werken, een vergelijkbare gang van zaken als in geval van overplaatsing vanuit een penitentiaire inrichting als beschreven in de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden. Het verdient aanbeveling deze mogelijkheid tevens op te nemen in artikel 51 lid 2 van de Wet Bopz zoals dit destijds is geschied bij de overplaatsing van gedetineerden bij wet van 22 juni 2000. Werkt betrokkene nu mee aan zijn overplaatsing dan geldt zijn verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis als een vrijwillig verblijf en zijn op de jeugdige de WGBO en de geldende huisregels van toepassing. De jeugdige kent dezelfde rechtspositie als die van een vrijwillig overgeplaatste gedetineerde.

Voor de rechtspositie van de jeugdigen met een PIJ-maatregel wordt door middel van deze regeling duidelijkheid geschapen omtrent de rechtspositie van een overgeplaatste PIJ-er door lid 3 van de artikel 51 van de Bopz van toepassing te verklaren waardoor de Wet Bopz (voor een deel) gelding heeft.

Er dient nogmaals op gewezen te worden dat de BJJl pas in werking is getreden per 1 september 2001 waardoor een toetsing in de praktijk van de overplaatsing van een jeugdige met een PIJ-maatregel naar een psychiatrisch ziekenhuis dan wel van een jeugdige die een detentie ondergaat nog niet heeft kunnen plaatsvinden.

4.10.3 Verlof en ontslag

De instelling van herkomst volgt de behandeling en vormt een 'aanspreekpunt' voor het psychiatrisch ziekenhuis. In dat kader dient de inrichting tevens zicht te houden op de mate waarin in het kader van behandeling aan betrokkene vrijheden worden toegekend zich verdraagt met de ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbenemende straf of maatregel.

Het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis duurt voort zolang de verpleging in een psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk wordt geacht (art. 16 lid 5 BJJl). Bevindt betrokkene zich nog in het psychiatrisch ziekenhuis dan zijn, voor wat betreft het verlof van de overgeplaatste jeugdige met een PIJ-maatregel en de jeugdige die een detentie ondergaat en met een rechterlijke machtiging is overgeplaatst, de regelingen van artikel 30 en 31 BJJl van toepassing.

Op het moment dat de duur van de opgelegde maatregel dan wel straf is verlopen, is betrokkene vrij om te gaan en staan waar hij wil. Echter in geval van een onvrijwillige geplaatste jeugdige met jeugddetentie is de Bopz nog van kracht daar een rechterlijke machtiging is verkregen.

¹⁵⁴ Regeling plaatsing en overplaatsing, p. 8.

Vanaf dat moment scheidt de Wet Bopz het kader voor wat betreft de externe rechtspositie. Nu kan het voorkomen dat betrokkene op den duur wordt teruggeplaatst naar de inrichting van herkomst, echter de rechterlijke machtiging is verkregen en ontslag kan slechts worden verleend door de directeur van het psychiatrisch ziekenhuis op gronden genoemd in de Wet Bopz. Het komt voor dat er, ondanks de terugplaatsing, niet voldaan wordt aan de gronden om ontslag te verlenen. Hier speelt hetzelfde probleem als bij de onvrijwillig overgeplaatste gedetineerde (§ 4.7.4).

Ten aanzien van een jeugdige met jeugddetentie die is overgeplaatst op vrijwillige basis is de externe rechtspositie niet met zoveel woorden geregeld, doch men kan er vanuit gaan dat een en ander dient te geschieden in overeenstemming met de minister van Justitie op grond van artikel 52 Wet Bopz. Ook hier is de externe rechtspositie dezelfde als die van een vrijwillig overgeplaatste gedetineerde.

4.10.4 Conclusie

Het verdient aanbeveling deze overplaatsingsmodaliteit op te nemen in artikel 51 lid 3 Wet Bopz analoog aan de aanbevelingen zoals die zijn gedaan bij de overplaatsing vanuit een penitentiaire inrichting en vanuit de justitiële tbs-kliniek. Ook hier dient de jeugdige een beroepsmogelijkheid te hebben tegen de beslissing tot overplaatsing.

4.11 Gedeeltelijke niet-tenuitvoerlegging van de PIJ-maatregel of jeugddetentie

Art. 77x lid 1 Sr: "In geval van veroordeling tot jeugddetentie, vervangende jeugddetentie daaronder niet begrepen, tot geldboete of tot plaatsing in een inrichting voor jeugdigen, kan de rechter bepalen dat deze of een gedeelte daarvan, niet zal worden ten uitvoer gelegd."

4.11.1 Opname

Artikel 77x van het wetboek van Strafrecht bepaalt dat de rechter, in geval van veroordeling tot jeugddetentie, tot geldboete of tot plaatsing in een inrichting voor jeugdigen, kan bepalen dat deze of een gedeelte daarvan niet zal worden ten uitvoer gelegd. Hij stelt daarbij een proeftijd vast van ten hoogste twee jaren. De rechter kan de proeftijd verkorten of deze eenmaal verlengen. Deze verlenging geschiedt met ten hoogste één jaar. De proeftijd loopt niet gedurende de tijd dat de veroordeelde rechtstreeks van zijn vrijheid is ontnomen (art. 77y Sr). Deze gedeeltelijke niet-tenuitvoerlegging geschiedt onder de algemene voorwaarde dat betrokkene zich voor het einde van de proeftijd niet schuldig maakt aan een strafbaar feit. Ook kunnen bijzondere voorwaarden, het gedrag van de veroordeelde betreffend, worden gesteld (art. 77z Sr).

Lid 2 van artikel 77z Sr geeft aan dat als bijzondere voorwaarde kan worden gesteld dat betrokkene zich zal laten opnemen in een inrichting gedurende een door de rechter te bepalen termijn, korter dan de proeftijd. Hier moet volgens de Memorie van Toelichting in het bijzonder worden gedacht aan opname in een afkickkliniek voor drugsverslaafden.¹⁵⁵ Doch onder opname in een inrichting kan tevens worden verstaan opname in een psychiatrisch ziekenhuis. In het onderzoek zijn wij deze gevallen niet tegengekomen. De verwachting is dan ook dat een dergelijke opname niet vaak voorkomt.

4.11.2 Verblijf

Indien betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen zal dit geschieden op grond van instemming van betrokkene waardoor het verblijf kan worden aangemerkt als een vrijwillig verblijf. De WGBO en de huisregels zijn dan van toepassing.

¹⁵⁵ Kamerstukken II 1989/1990, 21 327, nr. 3, p. 38.

4.11.3 Verlof en ontslag

Toezicht op naleving van de voorwaarden geschiedt door het Openbaar Ministerie. De rechter kan de bijzondere voorwaarden opheffen waardoor betrokkene de inrichting kan verlaten. Indien betrokkene de voorwaarden naleeft dan zal hij het psychiatrisch ziekenhuis kunnen verlaten indien de duur van de maatregel verstrijkt (art. 77cc lid 2 BJJl). Leeft betrokkene de voorwaarden niet na dan kan de rechter op vordering van het Openbaar Ministerie gelasten dat de niet ten uitvoer gelegde straf of maatregel alsnog ten uitvoer zal worden gelegd (art. 77dd Sr).

4.11.4 Conclusie

Hoogstwaarschijnlijk wordt weinig van deze modaliteit van de gedeeltelijke niet-tenuitvoerlegging van de PIJ-maatregel of jeugd-detentie, gebruik gemaakt. Ook in de praktijk van het onderzoek werd deze niet aangetroffen.

4.12 De plaatsing ter observatie

Art 13 lid 1 Bvt: *“Onze minister kan bepalen dat een ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde tijdelijk voor een periode van ten hoogste zeven weken ter observatie wordt geplaatst in een andere inrichting voor verpleging van terbeschikkinggestelden dan wel een psychiatrisch ziekenhuis of een inrichting tot klinische observatie bestemd, door Onze Minister overeenkomstig artikel 198, derde lid, van het Wetboek van Strafvordering aangewezen. (...)”*

4.12.1 Plaatsing

Artikel 13 van de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden biedt grond een ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde over te brengen naar een psychiatrisch ziekenhuis ter observatie voor de duur van zeven weken. Uit de wetgeschiedenis vloeit voort dat dit verscheidene redenen kan hebben. De voornaamste zijn crisisinterventie, ter beantwoording van de vraag of betrokkene voor herselectie in aanmerking komt of ter verkrijging van inzicht in de gedragingen van betrokkenen tijdens een ongeoorloofde afwezigheid. De observatie dient bij te dragen aan een doelmatig verloop van de verpleging. *“Voorkomen moet worden dat een onderbrenging van een tbs-gestelde of anderszins verpleegde geen ander doel dient dan hem gedurende enige tijd uit de desbetreffende inrichting te verwijderen.”*¹⁵⁶

Het tweede lid geeft de minister de bevoegdheid de termijn met vier weken te verlengen indien dit met het oog op de voorbereiding van de terugkeer van de ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde naar de inrichting waarin hij was opgenomen noodzakelijk is. Betrokkene kan tegen het overplaatsingsbesluit van de minister beroep instellen op grond van artikel 69 Bvt.

4.12.2 Opname

Het eerste lid van artikel 13 Bvt geeft aan dat betrokkene kan worden geplaatst in een andere inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden, een psychiatrisch ziekenhuis dan wel een kliniek bestemd voor klinische observatie.¹⁵⁷

4.12.3 Verblijf

Indien betrokkene wordt geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis ter observatie lijkt de rechtspositie af te hangen van de onderliggende juridische titel. Artikel 13 spreekt van ter beschikking gestelden en anderszins verpleegden. Op de ter beschikking gestelden met bevel tot verpleging is voor wat betreft de interne rechtspositie de Wet Bopz van toepassing via de schakelbepaling van artikel 51 Wet Bopz, aldus het *Vademecum*. Dit heeft tot gevolg dat de interne rechtspositie

¹⁵⁶ Memorie van Toelichting, *Kamerstukken II* 1993-1994, 23 445, nr. 3, p. 32.

¹⁵⁷ Zijnde het Pieter Baan Centrum te Utrecht. Zie Mooij et al, 1995.

van de Wet Bopz gelding heeft.

Artikel 4 Bvt geeft een opsomming van de anderszins verblijvende verpleegden in een tbs-kliniek daar er niet alleen terbeschikkinggestelden met bevel tot verpleging verblijven. Het *Vademecum* geeft een uiteenzetting van deze juridische titels en geeft daarbij aan welke rechtspositie op hen van toepassing is, afhankelijk van de juridische titel.

4.12.4 Conclusie

Het behoeft geen uitgebreid betoog om duidelijk te maken dat de regeling van de observatieplaatsing, evenals die van de overplaatsing op grond van artikel 14 Bvt, met betrekking tot de rechtsposities erg ingewikkeld in elkaar steekt. Desondanks blijkt dat er toch minimaal 17 personen ter observatie zijn overgeplaatst vanuit een justitiële tbs-kliniek, verblijvende in een Bopz-instelling.¹⁵⁸ Veelal wordt door het psychiatrisch ziekenhuis de observatieplaatsing gezien als een vrijwillig verblijf waarvoor de WGBO het kader biedt, tenzij het duidelijk is dat er een rechterlijke machtiging dan wel inbewaringstelling is verkregen. Het verdient ook hier aanbeveling deze overplaatsingsmogelijkheid op te nemen in artikel 51 lid 3 van de Wet Bopz, waardoor de interne rechtspositie van de Wet Bopz gelding krijgt. De externe rechtspositie wordt alsdan geregeld door de Bvt en de Rvt.

4.13 De plaatsing ten behoeve van een pro-justitia rapportage

4.13.1 Plaatsing

Een aantal artikelen van het Wetboek van Strafvordering biedt grondslag voor de overbrenging van een preventief gehechte dan wel ter beschikking gestelde naar een psychiatrisch ziekenhuis om aldaar een rapportage te doen opmaken omtrent de geestvermogens van betrokkene. In verschillende fasen van het strafproces bestaan daartoe mogelijkheden. Doel van de plaatsing is het doen van onderzoek naar de geestvermogens en niet het mogelijk maken van een behandeling.

Artikel 196 Sv bepaalt dat de rechter-commissaris kan bevelen dat een verdachte tegen wie voorlopige hechtenis is bevolen, wordt geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis indien het noodzakelijk is een onderzoek naar de geestvermogens van verdachte in te stellen, voor de duur van zeven weken (art. 198 Sv).¹⁵⁹ Betrokkene kan tegen dit bevel in beroep komen bij de rechtbank.

Artikel 317 Sv biedt de rechtbank de mogelijkheid een bevel te geven tot het doen van een onderzoek naar de geestvermogens, ten aanzien van een verdachte tegen wie voorlopige hechtenis is bevolen, in het kader van het onderzoek op de terechtzitting.

Indien de rechter overweegt aan een verdachte een strafrechtelijke last tot plaatsing, een terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege dan wel een bevel tot verpleging te geven aan een ter beschikking gestelde die een tbs met voorwaarden opgelegd is, kan de rechter betrokkene ter observatie overbrengen naar een psychiatrisch ziekenhuis. Dit om duidelijkheid te verkrijgen omtrent de geestvermogens van betrokkene (artikel 509g Sv). Indien toepassing wordt gegeven aan een van de genoemde maatregelen geldt het verblijf als een strafrechtelijke last respectievelijk een tbs met bevel tot verpleging.

¹⁵⁸ Zie tabel 2 en noot 15.

¹⁵⁹ Hier kan men denken aan een plaatsing in het Pieter Baan Centrum te Utrecht. Zie Lommen-Van Alphen en Bakker, In: Mooij et al, 1995, p. 19-21.

Tot slot bestaat de mogelijkheid een ter beschikking gestelde, in het kader van de eventuele verlenging van de tbs, te doen overbrengen naar een psychiatrisch ziekenhuis of een inrichting tot klinische observatie bestemd. Dit voor de maximale duur van zeven weken (art. 509o lid 5 Sv).

4.13.2 Opname en verblijf

Ten aanzien van de mogelijkheden van artikel 196 en 317 Sv bestaan er in de literatuur en de praktijk weinig onduidelijkheden omtrent de rechtspositie van betrokkene. Voor de externe rechtspositie kan worden verwezen naar het Wetboek van Strafrecht en naar de regeling van de inrichting alwaar betrokkene verblijft. Daar er sprake is van een kortdurende plaatsing (maximaal zeven weken) ter verkrijging van een deskundigenrapport zal verlof veelal niet in beeld komen.

Voor wat betreft artikel 509g Sv, indien toepassing wordt gegeven aan een van de genoemde maatregelen en het verblijf plaatsvindt op grond van de strafrechtelijke last dan wel de tbs met bevel tot verpleging, dan is volgens de schakelbepaling van artikel 51 Wet Bopz (lid 1 en 3) de Wet Bopz, dan wel een deel van de wet, van toepassing.

Er vindt dan in het psychiatrisch ziekenhuis een wisseling van juridische titel plaats.

Indien betrokkene verblijft in het psychiatrisch ziekenhuis ter verkrijging van een pro justitia rapportage in het kader van de eventuele verlenging van zijn tbs, dan is, volgens artikel 51 lid 3 Wet Bopz voor gedurende zeven weken de Wet Bopz van toepassing voor wat betreft de interne rechtspositie.

4.13.3 Beëindiging

Betrokkene zal na zeven weken worden teruggeplaatst naar de instelling van herkomst. Verlenging van de termijn is niet mogelijk.¹⁶⁰

4.13.4 Conclusie

Het gaat bij deze modaliteit om een plaatsing ten behoeve van rapportage pro-justitia en niet ten behoeve van behandeling. Terzijde zij hier opgemerkt dat de richtlijnen van de KNMG aangeven dat voor medici behandel- en rapportagetaken gescheiden dienen te zijn voorzover de aard van de rechtsbetrekking dit toelaat. Ook de preambule bij de gedragscode voor psychiaters van de FPD kent dit uitgangspunt.

4.14 De bijzondere voorwaarde bij vonnis

Artikel 14a lid 1 Sr: *'In geval van veroordeling tot gevangenisstraf van ten hoogste een jaar, tot hechtenis, vervangende hechtenis daaronder niet begrepen, tot taakstraf of tot geldboete, kan de rechter bepalen dat de straf of een gedeelte daarvan niet zal worden tenuitvoergelegd.'*

Lid 2: *'In geval van veroordeling tot gevangenisstraf van meer dan een jaar en ten hoogste drie jaren kan de rechter bepalen dat een gedeelte van de straf, tot ten hoogste een derde, niet zal worden tenuitvoergelegd.'*

4.14.1 Oplegging

Indien de rechter een verdachte veroordeelt tot een gevangenisstraf van een jaar, tot hechtenis, tot taakstraf of tot geldboete kan hij bij vonnis bepalen dat de gehele straf of een gedeelte

¹⁶⁰ Toch kan behoefte bestaan deze termijn te verlengen. Gedacht kan worden aan een observandus die pas aan het eind van de termijn van zeven weken zijn medewerking aan het onderzoek verleent.

daarvan niet ten uitvoer wordt gelegd. Dit geschiedt onder de algemene voorwaarde dat betrokkene zich gedurende de proeftijd, welke maximaal drie jaren kan duren, niet schuldig zal maken aan een strafbaar feit. Daarnaast kunnen er bijzondere voorwaarden worden gesteld.

Indien de rechter aan betrokkene een gevangenisstraf oplegt van meer dan een jaar en ten hoogste drie jaren dan kan de rechter bepalen dat een deel van de straf, tot ten hoogste een derde, niet ten uitvoer wordt gelegd. Dit onder de algemene voorwaarde dat betrokkene zich tot het einde van de proeftijd niet schuldig maakt aan een strafbaar feit. Daarnaast kan de rechter bijzondere voorwaarden stellen. Artikel 14c Sr stelt de grenzen aan de te stellen bijzondere voorwaarden. Deze mogen de vrijheid van de veroordeelde zijn godsdienst of levensovertuiging te belijden en de staatkundige vrijheid niet beperken. Het tweede lid van het artikel geeft een aantal voorbeelden van voorwaarden welke aan betrokkene kunnen worden opgelegd. Sub 2 schept de mogelijkheid van opneming van een veroordeelde in een inrichting ter verpleging gedurende een door de rechter te bepalen termijn, ten hoogste gelijk aan de proeftijd. Dit houdt in dat de opneming maximaal drie jaar kan duren.

Duidelijk zal zijn dat indien de rechter een gevangenisstraf van meer dan drie jaren oplegt van gedeeltelijke niet-tenuitvoerlegging geen sprake kan zijn.

4.14.2 Opname

De rechter is de instantie welke aan betrokkene de bijzondere voorwaarde van opneming in een inrichting ter verpleging oplegt voor de maximale duur van drie jaren en zal in het vonnis de duur van de opname bepalen. De rechter zal daarnaast tevens in zijn vonnis een inrichting aanwijzen alwaar de opname dient plaats te vinden en zal daaraan toevoegen dat opname tevens kan geschieden in een door de reclassering aan te wijzen inrichting. In zijn uitspraak van 6 november 1990¹⁶¹ heeft de Hoge Raad bepaald dat het wettelijk systeem met zich mee brengt dat de beslissing, of zich de noodzaak voordoet van opneming van de veroordeelde in een inrichting ter verpleging, en voor welke duur, is voorbehouden aan de rechter en niet in handen van de Reclassering kan worden gelegd.

Of er bij de opname naast de bijzondere voorwaarde, een RM in de zin van Wet Bopz moet worden verkregen lijkt niet waarschijnlijk. Op 17 mei 1999 heeft de RB te Roermond¹⁶² zich uitgelaten over de bijzondere voorwaarde van opname en een RM in de zin van de Wet Bopz.

De feiten zijn als volgt: betrokkene is veroordeeld tot gedeeltelijke niet-tenuitvoerlegging van een gevangenisstraf onder de bijzondere voorwaarde opname in de FPK van GGzE te Eindhoven. Vervolgens heeft de Officier van Justitie bij de rechter een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling gevorderd, terwijl betrokkene de bijzondere voorwaarde naleeft. De raadsman van betrokkene heeft betoogd dat de officier niet ontvankelijk dient te worden verklaard daar reeds aan betrokkene de bijzondere voorwaarde van opneming in een inrichting is opgelegd.

De Rechtbank oordeelde als volgt: "De vraag die thans voorligt is of bovengenoemde bijzondere voorwaarde verenigbaar is met de vordering van de officier van justitie, zoals bedoeld in artikel 27, eerste lid, van de Bopz. (...) De rechtbank trekt uit deze inlichtingen de conclusie dat betrokkene de opgelegde voorwaarde tot dusverre steeds heeft nageleefd en ook thans nog bereid is deze na te leven." Volgens de rechtbank vormt de voorwaarde nog steeds het kader voor verdere behandeling van betrokkene.

"De rechtbank stelt zich op het standpunt dat dit kader in beginsel (...) genoegzaam en voldoende dwingend is om een onmiddellijk dreigend gevaar als bedoeld in artikel 20, tweede lid,

¹⁶¹ HR 6 november 1990, *NJ* 1991, nr. 274.

¹⁶² RB Roermond 17 mei 1999, *NJ* 1991, nr. 639.

aanhef en onder c, van de Bopz op adequate wijze te bezweren. Uitsluitend in de situatie waarin er sprake is van onmiddellijk dreigend gevaar en het niet naleven van de (...) bijzondere voorwaarde, staat naar het oordeel van de rechtbank de mogelijkheid van een vordering op grond van de Bopz open.”

Hieruit vloeit voort dat in eerste instantie de combinatie van een bijzondere voorwaarde van opname in een inrichting verkrijging van een Bopz-maatregel niet de bedoeling is, op grond van het feit dat de bijzondere voorwaarde genoegzaam en voldoende dwingend is. Slechts indien er sprake is van een onmiddellijk dreigend gevaar en het niet naleven van de voorwaarden bestaat de mogelijkheid een Bopz-maatregel aan te vragen.¹⁶³

4.14.3 Verblijf

Op het moment van plaatsing van betrokkene in een inrichting voor verpleging, is het de WGBO die het kader biedt. De Wet Bopz kent geen gelding daar er sprake is van een voorwaardelijke modaliteit. Daarnaast zijn op betrokkene van toepassing de in de instelling geldende huisregels. In dit kader dient nog gewezen te worden op de conclusie van Remmelink onder het arrest van 6 november 1990 wat betrekking heeft op de aard van de strafrechtelijke voorwaarde: ‘Ter vermijding van misverstanden merk ik nogmaals op, dat hier van vrijheidsbeneming tegen de wil van de veroordeelde geen sprake is. Weliswaar is de mogelijkheid niet uitgesloten, dat bij niet meewerken de rechter, zo de officier de zaak daartoe aanbrengt, de executie van de straf zal doen gelasten, maar dat doet aan het uitgangspunt – de vrijwilligheid - niet af.’¹⁶⁴

Omtrent de rechtspositie van een veroordeelde met een bijzondere voorwaarde bij vonnis van opname in een inrichting voor verpleging, lijkt in de praktijk geen onduidelijkheid te bestaan. Dit vloeit voort uit de enquête en de gevoerde gesprekken in het kader van het onderzoek.

4.14.4 Verlof en ontslag

Daar de Wet Bopz geen gelding heeft, zijn op betrokkene de regelingen omtrent het verlof en ontslag van de Bopz niet op hem van toepassing. Dit heeft tot gevolg dat het betrokkene vrij staat de inrichting te verlaten. Hierbij dient te worden vermeld dat de inrichting dan veelal justitie zal informeren omtrent het vroegtijdig vertrek van betrokkene hetgeen inhoudt het niet naleven van de voorwaarde.

De voorwaarde houdt op te bestaan op het moment dat de duur van de gestelde voorwaarde is verstreken. Dan is het betrokkene toegestaan te gaan en te staan waar hij wil. Wel is het mogelijk dat indien betrokkene het verblijf niet vrijwillig wil voortzetten en de instelling de opname noodzakelijk acht dan is het mogelijk een civielrechtelijke machtiging te verkrijgen waardoor de Wet Bopz gelding krijgt.

De rechter kan de proeftijd verlengen met maximaal een jaar of verkorten op vordering van de officier van justitie of op verzoek van de veroordeelde. Daarnaast kan de rechter tevens de voorwaarden wijzigen, opheffen of alsnog bijzondere voorwaarden stellen (art. 14f Sr). Indien betrokkene de gestelde voorwaarden niet naleeft kan de rechter op vordering van het Openbaar Ministerie gelasten dat de niet ten uitvoer gelegde straf alsnog zal worden tenuitvoer-gelegd. Dit houdt in dat het verblijf in de instelling zal worden beëindigd. Ten tweede staat het de rechter vrij al dan niet onder instandhouding of wijziging van de voorwaarden te gelasten dat een gedeelte van de niet ten uitvoer gelegde straf alsnog zal worden tenuitvoer-gelegd. Veelal zal, indien betrokkene zich niet houdt aan de gestelde voorwaarden, de instelling de reclasse-

¹⁶³ Zie § 4.4.3 en § 4.4.4 en § 4.5.4.

¹⁶⁴ HR 6 november 1990, NJ 1991, nr. 274.

ring in kennis stellen met de bedoeling dat de reclassering contact opneemt met de officier van justitie.

4.14.5 Conclusie

Mevis heeft in zijn artikel, inzake de rechtspositie van de psychiatrische patiënt in *Penitentiair recht*, het volgende opgemerkt omtrent de modaliteiten van de strafrechtelijke voorwaarden: "Een belangrijk verschil met de overplaatsing tijdens de vrijheidsstraf of dwangverpleging dan wel in het kader van de executie van de maatregel van artikel 37 Sr is, dat opname in al deze voorwaardelijke modaliteiten niet hoeft plaats te vinden in een gesloten afdeling. Dat maakt deze opname onder voorwaarde geschikt als modaliteit om de overgang tussen een gesloten setting en terugkeer in de vrije maatschappij te vergemakkelijken. In theorie zouden in deze variant ook andere inrichtingen dan de FPK's en de FPA's voor opname van deze categorie van 'justitie-klanten' in aanmerking moeten komen. Moet in deze gevallen een onvrijwillige opname worden gerealiseerd dan is een rechterlijke machtiging als bedoeld in de Wet Bopz noodzakelijk. Maar het is zinloos de modaliteit van de voorwaarde te willen gebruiken om opname te realiseren; de kern van de voorwaarde is immers juist het een op inzicht in de verantwoordelijkheid van het eigen gedrag en de eigen persoon gebaseerde acceptatie van de noodzaak van opname in een psychiatrisch ziekenhuis."¹⁶⁵ Echter ook hier geldt dat indien er sprake is van onmiddellijk dreigend gevaar en het niet naleven van de voorwaarden er de mogelijkheid bestaat een Bopz-maatregel aan te vragen.¹⁶⁶

Concluderend kan worden gesteld dat er in de praktijk weinig tot geen onduidelijkheden bestaan omtrent de juridische modaliteit van bijzondere voorwaarde bij vonnis. In de literatuur wordt er melding van gemaakt dat de strafrechtelijke voorwaarden vrijwillige plaatsingen inhouden op grond waarvan de Wet Bopz geen gelding heeft.

Ook bij deze voorwaardelijke modaliteit lijkt er in de praktijk regelmatig drang te worden uitgeoefend op betrokkene om hem op die wijze aan een behandeling te laten meewerken.

De instelling is immers altijd in staat aan de reclassering door te geven dat betrokkene zijn voorwaarden niet naleeft en dat behandeling staakt. Widdershoven merkt bij de bespreking van de strafrechtelijke voorwaarden op dat voorkomen moet worden dat extern gestelde voorwaarden als een oneigenlijk pressiemiddel gaan gelden.¹⁶⁷ Uit het onderzoek vloeit voort dat er regelmatig met drang wordt gewerkt. Mogelijke sanctie is dat de niet ten uitvoer gelegde straf alsnog ten uitvoer gelegd wordt.

Een FPA heeft te kennen gegeven dat er wel eens een IBS is aangevraagd daar er sprake was van onmiddellijk dreigend gevaar zodat handelen op grond van de Bopz aangewezen was.

4.15 Het voorwaardelijke sepot

Art. 167 lid 1 Sv. '*Indien naar aanleiding van het ingestelde opsporingsonderzoek het openbaar ministerie van oordeel is dat vervolging moet plaats hebben, gaat het daartoe zoo spoedig mogelijk over.*'

Lid 2: '*van vervolging kan worden afgezien op gronden aan het algemeen belang ontleend.*'

Art. 244 Sv: '*De officier van justitie kan, op het verzoek van den verdachte, en al dan niet onder het stellen van bepaalde voorwaarden, voor het doen van kennisgeving overeenkomstig het eerste lid een bepaalden langeren termijn nemen.*'

¹⁶⁵ *Het penitentiair recht*, suppl. 28 (juli 1998), p. IX – 111.

¹⁶⁶ Zie § 4.4.3, § 4.4.4 en § 4.5.4.

¹⁶⁷ *Handboek voor Opneming en Verblijf*, suppl. 10 (augustus 2000), p. C1/Art. 51 – 181.

4.15.1 Beslissing

Artikel 167 en 244 lid 3 Sv biedt de wettelijke grondslag voor het voorwaardelijke sepot. Het openbaar ministerie kent het opportuniteitsbeginsel dat inhoudt dat zij kan besluiten omtrent de verdere vervolging van een verdachte. In dat kader kan het OM afzien van verdere vervolging en daar bepaalde voorwaarden aan verbinden. Dit alles is niet met zoveel woorden terug te vinden in de wet. Voor wat betreft de jeugdigen is het voorwaardelijk sepot terug te vinden in 494 lid 1 onder a Sv. Het sepot maakt een einde aan de zaak, tenzij later blijkt dat de gestelde voorwaarden niet zijn nageleefd. Dan is herroeping van de eerdere beslissing nodig. Het voorwaardelijk sepot zou zijn bestaan danken aan de in de praktijk gevoelde behoefte om te beschikken over een wijze van afdoening, die ligt tussen een onvoorwaardelijk sepot en vervolging bij de strafrechter.¹⁶⁸ De wet spreekt tevens niet van de vrijwillige instemming met de voorwaarde doch dit wordt in de praktijk wel aangenomen. Voor wat betreft de voorwaarden wordt aansluiting gezocht bij de voorwaarden gesteld bij artikel 14 c lid 2 Sr, de bijzondere voorwaarden bij vonnis. In dit kader zou eventueel opname in een inrichting ter verpleging als voorwaarde gesteld kunnen worden. In de praktijk komt dit ook voor. Doch in de literatuur stuit dat wel op enige weerstand daar er sprake is van de inperking van de vrijheid van de verdachte terwijl inperking van vrijheden als sanctie aan de rechter is voorbehouden.¹⁶⁹ In ieder geval dient de officier van justitie zich ervan te vergewissen dat de verdachte begrijpt wat de voorwaarde inhoudt en ook met de voorwaarde instemt.

4.15.2 Opname

Betrokkene kan worden geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis.

Daar het een vrijwillige opname betreft is plaatsing op een gesloten afdeling niet aangewezen. Men kan denken aan een reguliere afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis.

4.15.3 Verblijf

Ook hier is sprake van een voorwaardelijke modaliteit, waardoor de wet Bopz geen gelding heeft en op betrokkene de regelingen van de WGBO van toepassing zijn. Er is sprake van een vrijwillig verblijf. Daarnaast dient betrokkene zich te houden aan de huisregels gesteld door het psychiatrisch ziekenhuis. Betrokkene kent beklagmogelijkheden op grond van de WKCZ.

4.15.4 Verlof en ontslag

Betrokkene verblijft op vrijwillige basis in de instelling waardoor de regelingen van de Wet Bopz met betrekking tot het verlof en ontslag niet op hem van toepassing zijn en hij de instelling kan verlaten indien hij dit wenst. Verlaat betrokkene de instelling en komt hij de gestelde voorwaarde niet na dan zal de instelling de officier van justitie daarvan op de hoogte moeten stellen. Er bestaat dan de mogelijkheid tot herroeping van de eerdere beslissing omtrent het voorwaardelijk sepot. Het OM zou in theorie vervolgens alsnog over kunnen gaan tot verdere vervolging.

4.15.5 Conclusie

Uit het onderzoek zijn met betrekking tot de modaliteit van het voorwaardelijk sepot geen bijzonderheden naar voren gekomen. Het wordt, voor zover wij daar zicht op hebben kunnen krijgen door middel van de enquête, zelden opgelegd.

¹⁶⁸ *Wetboek van Strafvordering*, suppl. 120 (februari 2001), p. art. 167 – 128-132.

¹⁶⁹ Zie hierover Corstens, p. 467, Melai in *Wetboek van Strafvordering* bij artikel 167 en *Vademecum Strafzaken* suppl. 108 (augustus 1999) [23] – 120.

4.16 De schorsing van de voorlopige hechtenis onder voorwaarden

Artikel 80 lid 1 Sv: *“De rechter kan – ambtshalve, op vordering van het openbaar ministerie of op verzoek van de verdachte – bevelen dat de voorlopige hechtenis zal worden geschorst, zodra de verdachte al of niet onder zekerheidsstelling zich, in de vorm door de rechter te bepalen, bereid heeft verklaard tot nakoming van de aan de schorsing te verbinden voorwaarden. De vordering onderscheidenlijk het verzoek zijn met redenen omkleed.”*

4.16.1 Beslissing

Artikel 80 Sv biedt grond voor schorsing van de voorlopige hechtenis door de rechter. Onder de rechter valt ook de rechter-commissaris en de rechter in hoger beroep. Schorsing vindt plaats onder de algemene voorwaarde dat betrokkene dient zich niet aan de voorlopige hechtenis te onttrekken. Reijntjes stelt: ‘Kenmerkend voor de regeling is dat de tenuitvoerlegging van de voorlopige hechtenis wordt vervangen door de belofte van de verdachte, dat hij de gestelde voorwaarden zal naleven.’¹⁷⁰ De rechter is bevoegd bij de schorsing voorwaarden te stellen welke het gedrag van de betrokkene betreffende. Hierbij kan worden gedacht aan de opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Ook hier kan men wederom de vraag stellen of er sprake is van vrijheidsbeperking daar deze alleen door de rechter kan worden opgelegd als sanctie. In ieder geval dient de rechter zich ervan te vergewissen dat de verdachte begrijpt wat de voorwaarde inhoudt en hier ook duidelijk mee instemt.

4.16.2 Opname

Betrokkene kan worden geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis. Daar het een vrijwillige opname betreft is plaatsing op een gesloten afdeling niet aangewezen. Men kan denken aan een reguliere afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis.

4.16.3 Verblijf

Het verblijf kan hier worden aangemerkt als een vrijwillige verblijf daar het een voorwaardelijke modaliteit betreft. Betrokkene heeft moeten instemmen met de voorwaarden. De Wet Bopz is hier niet van toepassing en de WGBO biedt het kader. Daarnaast kan worden gewezen op de huisregels en het klachtrecht onder de WKCZ.

4.16.4 Verlof en ontslag

De verlof- en ontslagregelingen van de Wet Bopz hebben hier geen gelding. Indien betrokkene de instelling wil verlaten is hij vrij dat te doen. Indien dit inhoudt dat betrokkene de voorwaarden niet naleeft dient de instelling contact op te nemen met justitie. Artikel 82 Sv geeft de sanctie op de niet naleving van de voorwaarden, namelijk de opheffing van de schorsing of opschorting. Het gevolg zal zijn dat de voorlopige hechtenis worden voortgezet.

Van de beëindiging van de schorsing van de voorlopige hechtenis onder voorwaarden is de duur niet wettelijk bepaald. In ieder geval houden de voorwaarden op te bestaan indien het bevel tot voorlopige hechtenis wordt opgeheven. Het staat betrokkene vrij op den duur opheffing van het bevel tot voorlopige hechtenis vragen (art. 69 Sv). Indien dit verzoek wordt ingewilligd vervallen gestelde bijzondere voorwaarden.

Daarnaast kan betrokkene de rechter verzoeken de voorwaarden te wijzigen dan wel op te heffen (art. 81 lid 1 jo. art. 85 Sv). Het is in ieder geval duidelijk dat een te langdurige handhaving van vrijheidsbeperkende voorwaarden in strijd zou kunnen komen met verdragsrechtelijke regelingen.¹⁷¹

¹⁷⁰ *Wetboek van Strafvordering*, suppl. 114 (februari 2000), p. Art. 80 – 13.

¹⁷¹ *Wetboek van Strafvordering*, suppl. 114 (februari 2000), p. Art. 80 – 49.

4.16.5 Conclusie

Uit het onderzoek kwam naar voren dat deze modaliteit niet vaak voorkomt. Wel lijkt voor de instellingen duidelijkheid te bestaan omtrent de rechtspositie van een persoon welke in het psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen in verband met een gestelde voorwaarde bij de schorsing van de voorlopige hechtenis. Daar het een voorwaardelijke modaliteit betreft heeft de Wet Bopz geen gelding en verblijft betrokkene op vrijwillige basis in de instelling.

4.17 De voorwaardelijke gratieverlening

Art. 13 lid 1 Gratiwet: *“Gratie kan worden verleend onder voorwaarden die het gedrag van de veroordeelde betreffen. Deze voorwaarden mogen de vrijheid van de veroordeelde zijn godsdienst of levensovertuiging te belijden en de staatkundige vrijheid niet beperken.”*

4.17.1 Beslissing

Ter zake van alle door de Nederlandse strafrechter onherroepelijk opgelegde hoofdstraffen, bijkomende straffen en de maatregelen van terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging, plaatsing in de inrichting voor opvang van verslaafden, onttrekking aan het verkeer en ontneming van wederrechtelijk verkregen voordeel kan gratie worden verzocht en verleend (art. 558 Sv).

Gratie zal worden verleend op basis van een van de volgende gronden:

- op grond van enige omstandigheid, waarmee de rechter op het tijdstip van zijn beslissing geen of onvoldoende rekening heeft gehouden of kunnen houden en die, ware zij op dat tijdstip wel of voldoende bekend geweest, hem aanleiding zou hebben gegeven tot het opleggen van een andere straf of maatregel, of tot het afzien daarvan; dan wel
- indien aannemelijk is geworden dat met de tenuitvoerlegging van rechterlijke beslissing of de voortzetting daarvan geen met de strafrechtstoepassing na te streven doel in redelijkheid wordt gediend.

Indien is voldaan aan de voorwaarden tot het verlenen van gratie kan het openbaar ministerie besluiten tot de verlening ervan onder bepaalde voorwaarden. Het eerste lid van artikel 13 van de Gratiwet luidt als volgt:

‘Gratie kan worden verleend onder voorwaarden die het gedrag van de veroordeelde betreffen. Deze voorwaarden mogen de vrijheid van de veroordeelde zijn godsdienst of levensovertuiging te belijden en de staatkundige vrijheid niet beperken.’

Het tweede en derde lid van artikel 13 noemen voorbeelden van voorwaarden welke kunnen worden gesteld. Hierbij staat niet vermeld opname in een inrichting.

Doch aangenomen wordt dat deze voorwaarde kan worden gestelde indien gratie wordt verleend.

4.17.2 Conclusie

Voor wat betreft de opname, het verblijf, het verlof en ontslag zijn op betrokkene dezelfde regelingen van toepassing als bij de andere voorwaardelijke modaliteiten. Het betreft een vrijwillige opname waardoor de Wet Bopz geen gelding heeft. De WGBO biedt het kader. In de praktijk zijn wij deze voorwaardelijke modaliteit in het psychiatrisch ziekenhuis niet tegengekomen.

4.18 Beschouwing

Zoals duidelijk zal zijn geworden na de bespreking van alle wettelijke modaliteiten op grond waarvan forensisch psychiatrische patiënten terecht kunnen komen in een instelling van de

geestelijk gezondheidszorg, kan deze hoeveelheid aan modaliteiten in de praktijk veel onduidelijkheid met zich meebrengen. Het plaatsen van patiënten met verschillende rechtsposities die zich op één afdeling bevinden wordt als onwenselijk beschouwd. Aan de andere kant dient men voor ogen te houden dat de medewerkers slechts behoeven te werken met de WGBO en, afhankelijk van de onderliggende juridische titel, met de Wet Bopz dan wel een deel daarvan. Dit is niet anders dan bij de reguliere psychiatrische patiënten die zowel vrijwillig dan wel gedwongen kunnen zijn opgenomen. Alleen bij de maatregel van tbs met bevel tot verpleging is ook nog de externe rechtspositie van de Bvt van toepassing in de niet-justitiële tbs-klinieken. Aan de problematiek ten aanzien van de tenuitvoerlegging van deze maatregel in een niet-justitiële tbs-kliniek, is dan ook uitgebreid aandacht besteed in het rapport.

Concluderend kan worden gesteld dat artikel 51 Wet Bopz, bedoeld als schakelbepaling om de plaatsing c.q. overplaatsing van forensisch psychiatrische patiënten richting instellingen van de algemene geestelijke gezondheidszorg te vergemakkelijken en op elkaar te doen aansluiten, als incompleet en onduidelijk kan worden bestempeld. Het artikel laat zich, voor wat betreft het tweede en derde lid moeilijk interpreteren en is niet compleet. Dit heeft tot gevolg dat voor een aantal modaliteiten onduidelijkheden bestaan omtrent de interne en de externe rechtspositie indien de forensisch psychiatrische patiënt wordt geplaatst c.q. verblijft in een instelling van de geestelijke gezondheidszorg. Doch de problemen ten aanzien van forensisch psychiatrische patiënten in een instelling van de algemene geestelijke gezondheidszorg bevinden zich niet alleen op het gebied van de verschillende rechtsposities, maar hangen ook samen met de werking van de Wet Bopz op het gebied van dwangtoepassing en de beperking van rechten. Daarnaast brengen de aard van de populatie (gevaarlijkheid, leeftijd, afkomst), de aard van de instellingen, de verschillende verantwoordelijkheden van VWS en Justitie, verscheidende problemen met zich mee.

5

De praktijk - vervolg

In het voorgaande hoofdstuk hebben reeds diverse knelpunten met betrekking tot de rol van de Wet Bopz in de forensisch psychiatrische praktijk de revue gepasseerd, zij het dat dit voornamelijk gebeurde aan de hand van een bespreking van de juridische titels. In dit hoofdstuk zal daarop worden voortgeborduurd en zullen knelpunten worden besproken die op ruimere schaal in deze sector voorkomen en het niveau van de afzonderlijke juridische titels overstijgen.

5.1 De justitiabele als patiënt

De centrale figuur in de forensische psychiatrie is hoe dan ook de patiënt. En wat bij uitstek voor de ter beschikking gestelde geldt, gaat ook voor deze patiënt op: hij is voorzien van een dubbel 'merkteken': dat van patiënt en dat van delinquent. De positie van patiënt veronderstelt een inschakeling van de geestelijke gezondheidszorg, de positie van justitiabele brengt de bemoeiing van de strafrechtspleging met zich. Maar voor menig forensisch psychiatrisch patiënt blijft het daar niet bij: hij is veelal ook aan alcohol en/of drugs verslaafd¹⁷² en nogal eens van niet-Nederlandse afkomst, hetgeen de bejegening en behandeling des te complexer maakt.

5.1.1 Psychische stoornis

Het rapport *Psychisch gestoorden in detentie* (2000) vermeldt dat ruim 8 % van de gedetineerden in het gevangeniswezen overplaatsing behoeft naar een FPA, FPK, tbs-kliniek of algemeen psychiatrisch ziekenhuis omdat de betreffende gedetineerden detentie-ongeschikt zijn en derhalve op een verkeerde plaats verblijven. Minstens een op de vijf gedetineerden in een Individuele Begeleidingsafdeling (IBA) wacht op overplaatsing naar een tbs-kliniek. Van 10 % van de gedetineerden in dat onderzoek wordt gemeld dat zij zwakbegaafd zijn, in totaal 55. Belangrijke karakteristiek van de zwakbegaafden is dat zij zeer licht beïnvloedbaar zijn en dat zij in penitentiaire inrichtingen erg kwetsbaar voor pesten zijn.

Zwemstra (1997) wijst erop dat er geen scherp onderscheid bestaat tussen schizofrene patiënten binnen of buiten de detentiesituatie. Zijns inziens lijkt in de penitentiaire inrichtingen het polydruggebruik frequenter, het ziektebesef en -inzicht relatief minder, vormen van agressie samenhangend met de ziekte juist meer voor te komen, de ontworteling verregaander en de bereidheid tot het nemen van medicatie minder. En dat binnen in een regime dat nauwelijks op deze patiëntenpopulatie is afgestemd.¹⁷³

Van Panhuis (1997) constateert in zijn onderzoek dat 37 % van de ter beschikking gestelden voorafgaand aan de tbs-oplegging in een psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen geweest en dat bij 37 % van de ter beschikking gestelden een psychotische stoornis is gediagnosticeerd. Ook na ommekomst van de tbs blijkt dat 34 % van de ter beschikking gestelden op de zorg van een

¹⁷² Zie Noorlander, 2000.

¹⁷³ Zwemstra in zijn voordracht op het symposium "Schizofrenie in de Forensische Psychiatrie" op 6 februari 1997 te Utrecht.

algemeen psychiatrisch ziekenhuis of beschermende woonvorm blijkt te zijn aangewezen. In beide gevallen constateert hij een groei in vergelijking met eerder onderzochte perioden (1970 en 1988).

In zijn onderzoek naar de ter beschikking gestelden in de periode 1995-2000 nuanceert Van Emmerik (2001) de cijfers van Van Panhuis in die zin dat hij een grotere populatie bestrijkt en beschikt over een ruimer aantal data. Van Emmerik stelt het aandeel ter beschikking gestelden dat met psychotische problematiek kampt op 25 %.

Van Emmerik schetst over de ter beschikking gestelden uit de periode 1995-2000 in de FPK te Eindhoven het volgende beeld: "Kenmerkend voor de populatie is het hebben van een psychotische stoornis. Seksuele stoornissen komen niet of nauwelijks voor. Ook persoonlijkheidsstoornissen komen minder vaak voor. Wel was men ten tijde van het delict vaker verslaafd aan harddrugs. Er is verder sprake van een oververtegenwoordiging van patiënten met een IQ < 85 en van een ondervertegenwoordiging van patiënten met een IQ > 110. Het toekomstperspectief is vooral te typeren als doorplaatsing naar een reguliere ggz voorziening. Zelfstandig terugkeren naar de samenleving zit er niet in. Ook het netwerk biedt betrekkelijk weinig perspectief. Een intramurale verpleegduur van meer dan zes jaar is geen uitzondering en het vlucht- en delictgevaar is tamelijk hoog."¹⁷⁴

De ter beschikking gestelden in Hoeve Boschoord beschrijft hij over dezelfde periode als: "Psychotische stoornissen komen weinig voor. Ook alcohol- en drugsgerelateerde stoornissen zijn ondervertegenwoordigd. Seksuele stoornissen, met name pedofilie zijn daarentegen sterk oververtegenwoordigd. Bij de persoonlijkheidsstoornissen zijn die uit het B cluster oververtegenwoordigd. Het overgrote deel heeft een IQ < 85. Het toekomstperspectief is vooral een vorm van beschermd of beschermd wonen. Van bestaande netwerken is niet zoveel te verwachten. Het ingeschatte vluchtgevaar is lager dan gemiddeld, het ingeschatte delictgevaar hoger dan gemiddeld. Er is een oververtegenwoordiging van patiënten met een intramurale verblijfsduur van meer dan zes jaar."¹⁷⁵

In hoofdstuk drie is reeds een globale aanduiding van de populatie in FPA's en FPK's en de daarmee verbonden psychische problematiek weergegeven. Daarin komt naar voren dat de persoonlijkheidsstoornis een psychische aandoening is waar de forensisch psychiatrische patiënt in ruime mate aan lijdt, maar tevens ligt hierin ook de hardnekkigheid van de moeizame behandelbaarheid binnen het bestek van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis besloten.¹⁷⁶

5.1.2 Sexe

Over het algemeen kampen vrouwen meer met medische vragen en klachten dan mannen met als gevolg dat vrouwelijke gedetineerden meer een beroep doen op de medische dienst dan hun mannelijke collega's.¹⁷⁷ Gedetineerden verblijven in het gevangeniswezen voornamelijk in inrichtingen of afdelingen die naar sexe gescheiden zijn. Wanneer zij worden overgeplaatst naar instellingen van de geestelijke gezondheidszorg komen ze veelal terecht in gemengde afdelingen, waar in de forensisch psychiatrische sector de mannelijke patiëntenpopulatie nog steeds de meerderheid vormt, hetgeen zeker in het begin van de opname aanpassingsproblemen met zich brengt. De zorg voor vrouwen in een penitentiaire of psychiatrische inrichting houdt tevens de zorg voor vrouwen als moeder in.

De zorg voor (pasgeboren) kinderen kan veel van de aandacht opeisen.¹⁷⁸

Het gevangeniswezen en de tbs-sector zijn van oudsher grotendeels ingesteld op mannelijke gedetineerden. Naarmate meer vrouwelijke gedetineerden zijn opgesloten, is het arsenaal aan voorzieningen zoveel mogelijk beschikbaar voor mannen én vrouwen. Toch blijkt dat nog steeds

¹⁷⁴ Van Emmerik, 2001, p. 31.

¹⁷⁵ Van Emmerik, 2001, p. 32; zie tevens Le Grand, 1994.

¹⁷⁶ Zie Hellinga, 1999.

¹⁷⁷ Wolleswinkel, 2001, p. 74.

¹⁷⁸ Zie Wolleswinkel, 2000; 2001, p. 67-73.

de differentiatie van deze voorzieningen voor mannen ruimer voorhanden is dan voor vrouwen. Ook in de forensisch psychiatrische sector doet een dergelijk verschijnsel zich voor.¹⁷⁹ Ten aanzien van vrouwelijke psychisch gestoorde gedetineerden heeft het onderwerp beveiliging minder te maken met hun eigen (vlucht-) gevaarlijkheid, maar vooral met de behoefte aan bescherming tegen interne en externe bedreiging c.q. intimidatie.¹⁸⁰

5.1.3 Leeftijd

Jeugdigen

Tijdens het symposium dat in november 1999 in Amsterdam aan de PIJ-maatregel was gewijd¹⁸¹ is de vraag opgeroepen of een behandeling in een justitiële inrichting wel steeds zo zinvol is. Vaak zou een opname in een psychiatrische inrichting beter op zijn plaats zijn. De mogelijkheden voor ernstige gewelddadige en gestoorde jongeren om in de psychiatrie te worden opgenomen, zijn echter beperkt. Uit het onderhavig onderzoek komt dit ook duidelijk naar voren. Voor dit onderzoek is een selectie gemaakt uit instellingen waar opnames van forensisch psychiatrische jongeren het meest voorkomen en aldaar zijn gesprekken gevoerd met deskundigen.

De instellingen van de geestelijke gezondheidszorg voor de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn onvoldoende in staat dit soort jongeren op te nemen. Veelal nemen deze instellingen pas PIJ-jongeren op die in de eindfase zitten van de maatregel, geen gevaar meer opleveren en gemotiveerd zijn. Een medewerker van een justitiële jeugdinrichting heeft te kennen gegeven dat het uiterst moeilijk is de jongeren door te laten stromen in de richting van de geestelijke gezondheidszorg terwijl dit in zijn optiek op den duur goed mogelijk is. De jeugd-FOBA, die zich bevindt in De Hartelborgt te Spijkenisse, biedt plaats aan moeilijk hanteerbare jongeren die agressief gedrag vertonen en daarnaast tevens een persoonlijkheidsstoornis hebben. De functies van de jeugd-FOBA zijn psychiatrische crisisinterventie, herselectie en pro justitie rapportage.

Deze lastige groep jongeren is niet te plaatsen in de geestelijke gezondheidszorg, waardoor ze langdurig in de jeugd-FOBA of in een andere justitiële jeugdinrichting moeten verblijven. De enige forensisch jeugdpsychiatrische kliniek De Catamaran te Eindhoven kan, volgens een medewerker van de jeugd-FOBA, deze groep niet aan. Dit zou volgens hem onder andere te maken hebben met de mindere mate van beveiliging maar ook met de toepasselijke wetgeving. De Catamaran is een instelling van de geestelijke gezondheidszorg waar de WGBO en de Wet Bopz gelding hebben, doch de Wet Bopz biedt geen mogelijkheden om maatregelen te nemen buiten het gevaars criterium om. Verder zouden er geen opvoedkundige maatregelen genomen kunnen worden. Daarnaast ondervindt deze medewerker nog een probleem voor wat betreft de zwakbegaafde jongeren: voor hen lijkt het helemaal onmogelijk een plaats te vinden in een instelling van de geestelijke gezondheidszorg daar zwakbegaafdheid veelal een contra-indicatie vormt voor opname.

Instellingen als Groot Emaus te Ermelo en Hoeve Boschoord te Vledder, de enige twee instellingen die voor deze groep in aanmerking komen, kampen met enorme wachtlijsten. Daar komt bij dat Hoeve Boschoord geen jongeren opneemt beneden de 18 jaar.

Gedurende het onderzoek hebben wij er dan ook onvoldoende zicht op kunnen krijgen waar deze jongeren zich bevinden. Tot slot de illegale jongeren. Ook dezen zijn niet te plaatsen daar er nergens een resocialisatieproject opgezet kan worden.

¹⁷⁹ Zo blijkt dat vrouwen in slechts enkele van de tbs-klinieken kunnen worden opgenomen, hetgeen voor hen bij voorbeeld de mogelijkheid om in eigen regio te worden geplaatst aanzienlijk beperkt.

¹⁸⁰ Wolleswinkel, 2001, p. 75.

¹⁸¹ Het symposium "De PIJ-maatregel belicht: behandeling via het jeugdstrafrecht, over plaatsing in een inrichting voor jeugdigen" werd op 11 november 1999 in Krasnapolsky in Amsterdam gehouden en was georganiseerd door de Forensisch Psychiatrische Dienst te Amsterdam in samenwerking met het Nicolaas Tulp Instituut.

Gedragskundigen van De Catamaran zijn de mening toegedaan dat de Wet Bopz een onvoldoende kader schept voor behandeling van de forensisch psychiatrische jongeren. Het opvoedkundig en pedagogisch aspect en daarnaast de inschakeling van de ouders bij de behandeling spelen een belangrijke rol binnen de instelling. Uit de gesprekken komt meermalen naar voren dat er veel behoefte is aan mogelijkheden tot begrenzing van het gedrag doch de Wet Bopz is niet geschreven vanuit een pedagogisch oogpunt. Er kan pas worden opgetreden indien er sprake is van schade of een zeer grote dreiging dat het misgaat. Dit blijkt in de praktijk problematisch daar het bij uitstek ten opzichte van deze jongeren zo belangrijk is structuur te bieden en grenzen aan te geven.

De jongeren zijn uiterst mondig, weten direct de patiëntenvertrouwenspersoon te vinden en dienen vervolgens een klacht in tegen allerhande hen gestelde grenzen. Dit biedt hun de mogelijkheid om hun behandeling te frustreren. Al deze problemen tracht men op te lossen via de huisregels dan wel het behandelplan. Er wordt getracht zoveel mogelijk te onderhandelen.

De behandelaars van deze instellingen geven verder te kennen de wijze waarop de maatregel van de PIJ afloopt als een nadeel te ervaren. Het ontbreekt aan uitloopmogelijkheden.

Op het moment dat de duur van de opgelegde maatregel is verstreken, is betrokkene vrij om te gaan en staan waar hij wil. Er wordt aan gedacht een nieuwe mogelijkheid te creëren zoals een voorwaardelijke beëindiging bij de tbs.¹⁸²

De maatregel van de strafrechtelijke last tot plaatsing vervult geen functie voor jeugdige delinquenten daar het een maatregel is in het volwassenenstrafrecht. Echter een aantal respondenten is de mening toegedaan dat de maatregel tevens een functie zou kunnen vervullen voor een bepaalde jeugdige delinquenten.

De populatie van De Catamaran te Eindhoven kenmerkt zich door een grote groep van jongeren van buitenlandse afkomst. Het zijn kinderen van de tweede en derde generatie allochtonen. Er is voor deze groep specifiek een allochtone psychiater aanwezig waar de jongeren goed op reageren. Uit een gesprek met behandelaars van Groot Emaus te Ermelo kwam naar voren dat veel van de allochtone jongeren erg krenkingsgevoelig zijn, zij voelen zich eerder in hun eer aangetast, meer dan dit het geval is bij autochtone jongeren. Daarnaast speelt de familie een andere rol dan bij jongeren uit typisch Nederlandse gezinnen.

Groot Emaus neemt slechts jongeren met een strafrechtelijke titel op die gemotiveerd zijn tot behandeling en die tevens geplaatst willen worden in de instelling. Er wordt vrijwel niet gewerkt met de Wet Bopz. Alles is geregeld in het behandelplan en de huisregels. Daarnaast wordt er gehandeld volgens de groepsmethodiek. De jongeren moeten gewoon meewerken. Er wordt dan ook niet of nauwelijks geklaagd door de jongeren, alles wordt opgelost via bemiddeling.

Enkele respondenten uit de forensische jeugdpsychiatrie zijn de mening toegedaan dat jongeren met psychische problematiek die een delict plegen niet in het strafrechtelijk traject moeten belanden maar direct moeten doorstromen naar de geestelijke gezondheidszorg. Nadeel hiervan is dat er slechts een korte periode bestaat deze problematiek te diagnostiseren terwijl de duur van de preventieve hechtenis bijvoorbeeld meer ruimte biedt tot het doen van gedragskundig en milieu-onderzoek. Dan kan alsnog de hechtenis worden opgeheven waardoor de jongeren in de psychiatrie kunnen worden overgeplaatst.

Deze respondenten zijn de mening toegedaan dat een groot aantal jongeren in het strafrechtelijk traject belandt terwijl een Bopz-maatregel eerder aangewezen zou zijn.

Er is echter een zeer groot tekort aan bedden voor jongeren met een Bopz-maatregel.

Criminologische research leert dat delicten gepleegd door jongeren toenemen en ernstiger worden waardoor er meer vraag ontstaat naar voorzieningen en meer expertise op het gebied van

¹⁸² Het verdient vermelding dat in het afgelopen jaar een convenant is ondertekend door DJI en de reclassering omtrent de nazorg.

forensische jeugdpsychiatrie noodzakelijk is.

In het afgelopen jaar is tweemaal een jeugdige met een Bopz-titel opgenomen in de jeugd-FOBA van De Hartelborgt. Het psychiatrisch ziekenhuis lijkt de jongeren die zeer ernstig gestoord en agressief gedrag vertonen, niet aan te kunnen waardoor een plaats in een justitiële instelling gewenst is. Doch De Hartelborgt is geen psychiatrisch ziekenhuis en niet aangewezen als Bopz instelling. Hierdoor is het volledig onduidelijk welke rechtspositie op de jeugdige met een rechterlijke machtiging in een justitiële jeugdinrichting van toepassing is. De plaatsingen geschieden met toestemming van het Ministerie van Justitie, het psychiatrisch ziekenhuis bleef verantwoordelijk voor de jeugdige en de Inspectie gaf aan De Hartelborgt het advies voor zover mogelijk de Wet Bopz toe te passen. Ons inziens dient de wetgever hier duidelijkheid te creëren en een opname van een jeugdige met een Bopz-titel in een justitiële jeugdinrichting wettelijk mogelijk te maken met een daarbij behorende geregelde rechtspositie.

Enkele respondenten uit de forensische jeugdpsychiatrie¹⁸³ noemen een aantal andere knelpunten. De crisisdiensten in Amsterdam functioneren niet adequaat waardoor een grote groep van de jeugdigen met een psychische stoornis bij justitie terecht komt terwijl voor een groot deel van hen een Bopz-maatregel aangewezen zou zijn. De crisisdiensten zouden slecht bekend zijn met de psychische problematiek van deze jongeren. Daarnaast merken deze respondenten op dat er een groot voorzieningenprobleem bestaat om de psychische en strafrechtelijke problematiek bij bepaalde jongeren te kunnen bestrijden. Dit knelt des te meer daar de ernst van de delicten gepleegd door jongeren lijkt toe te nemen. Deze respondenten spreken van een ernstig gebrek aan expertise binnen de forensische jeugdpsychiatrie en er zou onvoldoende afstemming bestaan tussen bepaalde actoren binnen dit vakgebied. Dit alles heeft tot gevolg dat er snel een PIJ-maatregel wordt geadviseerd bij gebrek aan een betere maatregel dan wel aan een adequate voorziening. Een maatregel als de strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis ontbreekt binnen het jeugdstrafrecht. Deze problemen, het gebrek aan expertise, kennis en afstemming, knellen nog meer bij de groep van allochtone jongeren.

Deze respondenten pleiten voor het volgende: de Forensisch Psychiatrische Dienst dient eerder in het strafproces te worden betrokken, er dient een strafrechtelijke pendant te komen voor de maatregel van artikel 37 Sr voor jongeren tussen de 12 en de 18 jaar oud¹⁸⁴ en er bestaat behoefte aan expertise bij de politie omtrent deze problematiek zodat een bepaalde groep jongeren met ernstige problematiek buiten het strafrecht blijft en direct in de geestelijke gezondheidszorg terecht komt. Tot slot: er bestaan binnen de geestelijke gezondheidszorg te weinig mogelijkheden forensisch psychiatrische jongeren die zeer moeilijk en gewelddadig gedrag vertonen te behandelen. Er is behoefte aan meer capaciteit van jeugd-FPK-voorzieningen.

Concluderend kan gesteld worden dat met de Wet Bopz gewerkt kan worden in instellingen die werken met forensisch psychiatrische jongeren die zich bevinden in de eindfase van de maatregel en die met hun instemming zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Echter de wet is niet specifiek geschreven voor jeugdigen. Deze behoeven per definitie een andere aanpak dan volwassenen. Er lijkt bij de jeugd-FPK behoefte te zijn aan meer mogelijkheden ter begrenzing en opvoeding van de jeugdigen. Uit de praktijk komt naar voren dat hetgeen de Wet Bopz niet regelt wordt geregeld in de huisregels. Deze huisregels zijn veelal afgestemd op de aard van de populatie van de instelling. Tot slot komt uit het onderzoek naar voren dat er een ernstig tekort is aan beschikbare capaciteit in de forensische jeugdpsychiatrie.

¹⁸³ Zie ook: Duits, 2000, p. 1085-1098.

¹⁸⁴ Zie voor psychotisch gedrag onder jongeren Emck, Schothorst en Van Engeland, 2001.

Bejaarden

Het merendeel van de patiëntenpopulatie in de forensische psychiatrie behoort tot de leeftijdscategorie beneden de 45 jaar. Toch gebeurt het af en toe dat oudere patiënten in een forensisch psychiatrische setting moeten verblijven. Het betreft dan vaak chronische patiënten en/of seksueel delinquenten. Deze patiënten behoeven, gezien hun leeftijd aparte zorg en aandacht. De bereidheid van psychiatrische ziekenhuizen om seksueel delinquenten op te nemen, zelfs als deze ouder zijn, is beperkt.

In beroepsethische zin schuilt bij de verpleging en behandeling van bejaarde psychiatrische patiënten het gevaar van paternalisme,¹⁸⁵ waarbij onder het personeel al gemakkelijk de geneigdheid bestaat om de verantwoordelijkheid van deze patiënten over te nemen. Vooral ten aanzien van seksueel delinquenten onder de forensisch psychiatrische patiënten ervaren hulpverleners sterk dat ze in een rol van bewaarder worden geplaatst.

5.1.4 Afkomst

Allochtonen, en zeker de jongeren onder hen, met psychische problematiek zijn bijzonder moeilijk te bereiken door hulpverleningsinstanties. In veel culturen vormt psychische problematiek een schande. De problemen worden liever binnen de familie gehouden, genegeerd en geloofend; er wordt dan zeker geen professionele hulp gezocht. Zij zijn onvoldoende bereid en in staat te spreken over een hulpvraag, hetgeen samenhangt met de cultuur, aldus deze respondenten. Wanneer de jongeren onder hen het criminele pad kiezen, komen zij eerder bij het strafrecht terecht dan bij de geestelijke gezondheidszorg. Penitentiaire inrichtingen worden dan ook in ruime mate bevolkt door gedetineerden van buitenlandse origine.

Onder allochtone gedetineerden en allochtone forensisch psychiatrische patiënten bestaat, meer dan onder hun Nederlandse collega's, een groot wantrouwen jegens justitie. Uit eigen ervaring of uit eigen kring weet men van mishandeling door functionarissen van politie en justitie of van schending van mensenrechten. (Relatieve) onbekendheid met de Nederlandse taal en cultuur draagt extra bij aan dat wantrouwen.

Veel problemen in de hulpverlening en de strafrechtspleging aan deze mensen liggen op het terrein van moeilijk te overbruggen taalverschillen, de complexe juridische status met de daaruit voortvloeiende gevolgen, de culturele identiteit en ontoereikende informatie over betrokkene's milieu en achtergrond.¹⁸⁶ "Als behandelaar ben je dan vaak onbekend met de reden waarom iemand moet worden behandeld en je weet veelal niet waar de patiënt na de behandeling heen gaat.", aldus een der respondenten.

Ook hier wreekt zich dat het vreemdelingenrecht en het strafrecht elk een volstrekt eigen koers volgt zonder nadere afstemming op de andere, belerende wetgeving.

Inschakeling van tolken en cultureel deskundigen gebeurt wel met enige regelmaat in de fase van het gerechtelijk vooronderzoek c.q. de forensisch gedragskundige rapportage, doch daarna in de fase van de behandeling komt dat op zeer beperkte schaal nog voor.

Asielzoekers opgenomen in een forensisch psychiatrische kliniek of afdeling zijn - anders dan voor crisisinterventie - een nauwelijks te behandelen categorie patiënten in deze sector.

5.1.5 Dader versus slachtoffer

Inherent aan de rol van de strafrechtspleging zijn het gevangeniswezen en de tbs-sector bij uitstek gericht op de daders van strafbare feiten en niet op de slachtoffers.

Voorzover slachtoffers een rol spelen in de forensische psychiatrie is dat omdat menig dader in zijn verleden zelf ook slachtoffer is geweest of omdat in de tbs-sector uit behandelingsoverwegingen op den duur dader en slachtoffer met elkaar worden geconfronteerd. In de forensisch psychiatrische sector bestaat een grotere kans dat dader en slachtoffer van

¹⁸⁵ Zie Defreyne en Schotsman, In: Godderis, Van de Ven en Wils, 1992, p. 543-547.

¹⁸⁶ Zie Koenraadt en Van Vloten, 1982; Eppink, 1983; Yesilgöz, 1995.

agressieve en/of sexuele delicten in dezelfde instelling zijn geplaatst, met alle risico's, bezwaren en ongewenste ontmoetingen vandien. Dat vergt extra waakzaamheid van het personeel.

5.1.6 Gevaarlijkheid

Anno 1982 voerde Rook een onderzoek uit naar diverse probleemgroepen in Nederlandse penitentiaire inrichtingen. Hij kwam daarin tot een negental categorieën.¹⁸⁷ Nu, 20 jaar later, is die lijst nog uiterst actueel en zijn de omvang en de ernst van de problematiek vooral sterk gegroeid. Temidden van de diverse probleemgroepen onder gedetineerden (Rook, 1982) komen we er twee tegen, die hier nadere aandacht verdienen. Ten eerste die gedetineerden wier gedragingen zorgen baren omdat zij onberekenbaar zijn en wellicht agressief reageren, zodanig dat anderen er aan onderdoor dreigen te gaan. En ten tweede die gedetineerden wier gedragingen zorgen baren omdat zij 'erg zwaar zitten', zo zwaar dat zij er zelf aan onderdoor dreigen te gaan. De eerste groep is die waarvoor het personeel en de omgeving op zijn qui vive is. Deze groep staat als (potentieel) gevaarlijk te boek en eist door het dreigende of manifeste van het gedrag veel aandacht op. Maar het gevaarlijke van deze groep is tevens dat deze het zicht op de tweede groep beneemt. Daar gaat het immers om een groep die juist weinig aandacht opeist en soms in de cel zit te kwijnen. In bajestermen heet het dan dat die gedetineerden 'zitten te tuchten'.¹⁸⁸ In de Wet Bopz is de aandacht zowel juridisch alsook praktisch sterk op het thema gevaar en gevaarlijkheid komen te liggen. Dat geldt nog eens des te sterker voor de forensische psychiatrie. Het gevaar dat degenen die als agressief te boek staan de aandacht van deze tuchtende gedetineerden afleidt, is in de forensisch psychiatrische sector dan ook levensgroot.

In de forensische psychiatrie wordt bij de interpretatie van het gevaar het verleden van de patiënt betrokken en daarmee de delictsituatie, die immers de grond voor strafrechtelijke interventie was. Mutatis mutandis impliceert dat dan ook dat de patiënt die met een strafrechtelijke sanctie is opgenomen eerder als (potentieel) gevaarlijk wordt beschouwd dan zijn medepatiënt die met een civielrechtelijke machtiging is opgenomen. In de praktijk wordt vooral gekeken naar de achtergrond van de individuele patiënt, aldus diverse respondenten.

5.2 De interne rechtspositie van de Wet Bopz in de forensische psychiatrie

Hier volgt een bespreking van de knelpunten die bestaan voor forensisch psychiatrische patiënten met betrekking tot hun interne rechtspositie van de Wet Bopz. Achtereenvolgens komen daarbij de dwangtoepassing, de beperking van rechten en de klachtregeling aan de orde.

5.2.1 Dwangtoepassing

De Wet Bopz biedt mogelijkheden ten aanzien van gedwongen opgenomen patiënten onder bepaalde omstandigheden dwang toe te passen. De dwang kan zich voordoen op het gebied van de behandeling en in het kader van middelen en maatregelen. In het vorige hoofdstuk is beschreven wanneer de Wet Bopz gelding krijgt voor een forensische psychiatrische patiënt. Daar in onderhavig onderzoek de evaluatie plaatsvindt van de rol van de Wet Bopz in de praktijk van de forensische psychiatrie zal een vergelijking worden gemaakt tussen de mogelijkheden van dwangbehandeling op grond van de Wet Bopz, de Penitentiaire beginselenwet en de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden.¹⁸⁹ Zoals in hoofdstuk vier tot uitdrukking is gekomen, komt het voor dat personen die dezelfde maatregel of straf ondergaan onder de werking van verschillende wetten vallen, gezien het feit zij zich bevinden in onderscheiden instellingen. Dit heeft gevolgen voor de mate waarin dwang kan worden toegepast daar de

¹⁸⁷ Rook tijdens de presentatie op de halfjaarlijkse vergadering van districtpsychiaters op 15 november 1985.

¹⁸⁸ Zie ook Blaauw en Kerkhof, 1999.

¹⁸⁹ Zie tevens Van der Klippe, 1999, p. 89-98.

regelingen hierin onderling van elkaar verschillen.

5.2.1.1 Dwang in de wet Bopz

Artikel 38 lid 5 van de wet biedt de grond voor dwangbehandeling. Na opneming van de patiënt draagt de geneesheer-directeur zorg voor de opstelling van het behandelingsplan in overeenstemming met de gedwongen opgenomen patiënt. Doel van de behandeling is een zodanige verbetering van de stoornis teweeg brengen dat het gevaar, op grond waarvan de patiënt in het ziekenhuis verblijft, wordt weggenomen.

Indien het overleg over het behandelingsplan niet tot overeenstemming heeft geleid, kan met betrekking tot de patiënt geen behandeling worden toegepast. Wanneer een behandelingsplan in overeenstemming met de patiënt is opgesteld doch de patiënt verzet zich ertegen kan evenmin behandeling plaatsvinden. Echter het voorgestelde dan wel overeengekomen behandelingsplan kan toch worden toegepast indien dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden. Voor dwangbehandeling geldt een restrictiever criterium dan voor dwangopname. Voor het toepassen van dwangbehandeling dient er sprake te zijn van 'ernstig gevaar' in het ziekenhuis. Een gedwongen opname rechtvaardigt niet een gedwongen behandeling.¹⁹⁰ Bij de toepassing ervan dienen de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid in acht te worden genomen. Dwangbehandeling dient in redelijke verhouding te staan tot het gevaar en daarnaast dient ter afwending van dit gevaar gekozen te worden voor het minst ingrijpende middel.

De tweede vorm van dwang die zich in het psychiatrisch ziekenhuis kan voordoen, betreft het toepassen van middelen en maatregelen (art. 39 Wet Bopz). Deze middelen en maatregelen, genoemd in het Besluit middelen en maatregelen,¹⁹¹ kunnen slechts worden toegepast ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties die door de patiënt in het ziekenhuis als gevolg van de stoornis van de geestvermogens worden veroorzaakt. Het gevaar dient ernstig en acuut te zijn. De toepassing van de middelen en maatregelen is onvoorzien en gaat dus buiten het behandelingsplan om en mag ten hoogste zeven dagen worden toegepast. In deze periode dient een behandelingsplan te zijn opgesteld dan wel het bestaande behandelingsplan dient op deze ontbrekende punten te worden aangevuld. Indien het behandelingsplan tegen de wil van de patiënt wordt toegepast, is er sprake van dwangbehandeling. Ook in het kader van de toepassing van middelen en maatregelen dient te worden voldaan aan de eisen der subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.

5.2.1.2 Verplichten van een geneeskundige handeling (PBW)

Artikel 32 Pbw en de artikelen 21 t/m 23 van de Penitentiaire Maatregel (PM) geven het kader waarin de directeur een gedetineerde kan verplichten te gedogen dat ten aanzien van hem een geneeskundige handeling wordt verricht, indien die handeling naar het oordeel van een arts noodzakelijk is ter afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de gedetineerden of van anderen. Indien de toepassing noodzakelijk is ter afwending van ernstig gevaar dat voortvloeit uit een stoornis van de geestvermogens, pleegt de arts overleg met een psychiater. Tot op heden wordt deze vorm van dwang uitsluitend toegepast in de forensische observatie- en begeleidingsafdeling (FOBA) te Amsterdam, waar crisisinterventie plaatsvindt.¹⁹² Ook hier dient te worden voldaan aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Zo spoedig mogelijk na het toepassen van de gedwongen geneeskundige handeling dient door de arts een plan te worden opgesteld gericht op een zodanige verbetering van de toestand van de gedetineerde dat de toepassing van de gedwongen geneeskundige handeling kan worden beëindigd. Indien de toepassing van een gedwongen geneeskundige

¹⁹⁰ Thans ligt een voorstel tot wijziging bij de Tweede Kamer om het begrip 'ernstig gevaar' te schrappen en te vervangen door 'gevaar'.

¹⁹¹ Besluit middelen en maatregelen Bopz, 3 november 1993, *Staatsblad* 563.

¹⁹² Zie Moerings en Zandbergen, 2001.

handeling noodzakelijk is ter afwending van gevaar dat voortvloeit uit de stoornis van de geestvermogens van betrokkene en indien deze handeling de duur van twee weken te boven gaat, wordt door de directeur een commissie ingesteld. Deze brengt binnen twee dagen na het verstrijken van de termijn van twee weken, en indien de handeling langer wordt voortgezet, om de twee weken, advies uit aan de directeur.

5.2.1.3 Verplichten van een geneeskundige handeling (Bvt)

Artikel 26 van de Bvt betreft een vergelijkbaar artikel als dat van de penitentiaire beginselenwet. Het biedt grondslag voor het toepassen van een gedwongen geneeskundige handeling door het hoofd van de inrichting die noodzakelijk is ter afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de verpleegde of anderen. Indien de toepassing noodzakelijk is ter afwending van ernstig gevaar dat voortvloeit uit een stoornis van de geestvermogens, pleegt de arts overleg met een psychiater. Het hoofd van de afdeling waar de verpleegde verblijft, kan bij dringende noodzakelijkheid een dergelijke beslissing nemen. De handeling dient te voldoen aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid.

Zo spoedig mogelijk na het toepassen van de gedwongen geneeskundige handeling dient door de arts een plan te worden opgesteld gericht op een zodanige verbetering van de toestand van de gedetineerde dat de toepassing van de gedwongen geneeskundige handeling kan worden beëindigd. Indien de toepassing van een gedwongen geneeskundige handeling noodzakelijk is ter afwending van gevaar dat voortvloeit uit de stoornis van de geestvermogens van betrokkene en indien deze handeling de duur van twee weken te boven gaat, wordt door het hoofd van de inrichting een commissie ingesteld. Deze brengt binnen twee dagen na het verstrijken van de termijn van twee weken, en indien de handeling langer wordt voortgezet, om de twee weken, advies uit aan het hoofd van de inrichting.

In zowel artikel 26 Pbw als artikel 32 Bvt gaat het om de toepassing van een geneeskundige handeling en niet een behandeling. Van der Klippe formuleert dit als volgt: "Behandeling en behandlingsplan zijn in de Bopz brede begrippen, waaronder in de praktijk bijvoorbeeld ook afzondering, separatie en andere vrijheidsbeperkingen worden begrepen. In de Pbw (en de Bvt) heeft de wetgever, naar ik veronderstel met opzet, voor de term 'geneeskundige handeling' gekozen, een term die enerzijds beperkter is (a. het lijkt niet de bedoeling dat er vrijheidsbeperkingen onder vallen; b. het begrip 'handeling' wijst, anders dan het begrip 'behandeling', op incidenteel ingrijpen), en anderzijds ruimer: behandeling ziet in de Wet Bopz uitsluitend op behandeling van de geestesstoornis, terwijl onder geneeskundige handelingen bijvoorbeeld ook somatische ingrepen zoals operaties kunnen vallen."¹⁹³

Verder valt op dat hier niet de eis wordt gesteld dat het ernstig gevaar uit de geestesstoornis voortvloeit. Dit is duidelijk wel een vereiste om dwangbehandeling te kunnen toe te passen onder de Wet Bopz. Op deze punten bestaat er verschil in de criteria waaronder het toepassen van een dwangbehandeling c.q. het toepassen van een gedwongen geneeskundige handeling is toegestaan.

5.2.1.4 Knelpunten

In de Wet Bopz staat centraal de bescherming van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. De wetgever heeft onder zeer strikte voorwaarden mogelijkheden geschapen een inbreuk te maken op dit grondrecht. Dit is mede gedaan uit vrees voor ongelimiteerd medisch handelen. Doch uit de praktijk blijkt dat het toepassen van dwangbehandeling of middelen en maatregelen soms moeilijk uitvoerbaar is in de medische praktijk. Een aantal behandelaars is de mening toegedaan dat de nadruk te sterk is komen te liggen op het zelfbeschikkingsrecht, wat afbreuk

¹⁹³ Van der Klippe, 1999, p. 93.

zou doen aan het goed kunnen behandelen. Indien een patiënt gedwongen wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis biedt dit geen grondslag dwangbehandeling toe te passen, ook al zijn de behandelaars de mening toegedaan dat betrokkene ernstig gestoord is in zijn geestvermogens en dat een bepaalde behandeling betrokkene veel goed zou doen. Dit wordt als zeer zorgverlammend ervaren. Onderzoekers zijn zich ervan bewust dat reeds een ander deelonderzoek zich heeft geconcentreerd op de dwangtoepassing doch enkele knelpunten die uit de gesprekken met medewerkers van verschillende FPK's en FPA's naar voren kwamen, worden hier in het kort besproken. Deze problemen op het gebied van dwang knellen meer bij ter beschikking gestelden die zijn geplaatst in een FPK daar het veiligheidsaspect dan een grote rol speelt.

Het onderscheid in de praktijk tussen de toepassing van middelen en maatregelen en dwangbehandeling is niet zo strikt en duidelijk als de wettelijke regeling. Indien het bijvoorbeeld voorzienbaar is dat een maatregel (als separatie) regelmatig moet worden toegepast, in ieder geval langer dan zeven dagen, dan dient deze te worden opgenomen in het behandelplan. Toepassing van het behandelplan tegen de wil van betrokkene wordt dan gekwalificeerd als dwangbehandeling. Indien betrokkene hierover een klacht indient, zal de klachtencommissie de dwangbehandeling moeten toetsen aan de criteria van artikel 38 lid 5 Wet Bopz. Echter de maatregel heeft regelmatig puur het karakter van een orde/beheersmaatregel en dient geen therapeutisch doel. Dit kan tot gevolg hebben dat de klachtencommissie de klacht gegrond zal moeten verklaren daar er niet wordt voldaan aan de vereisten voor dwangbehandeling. Dit terwijl het op zich terecht kan zijn dat op de patiënt maatregelen zijn toegepast. "Hierdoor kan zelfs in de hand worden gewerkt dat voorzienbare, korte toepassingen, met opzet niet langer in het behandelplan worden opgenomen, om te voorkomen dat men zich moet verantwoorden voor dwangbehandeling", aldus een der respondenten.

Men dient, om dwangbehandeling te kunnen toepassen, te voldoen aan het vereiste van 'ernstig gevaar' dat zich 'in' het psychiatrisch ziekenhuis voordoet. Een aantal behandelaars van de niet-justitiële tbs-klinieken geeft te kennen dat daar moeilijk mee te werken is. Het ernstig gevaar heeft zich in het verleden wel buiten de kliniek gemanifesteerd, namelijk door middel van het delict waarvoor bijvoorbeeld een tbs-maatregel is opgelegd, doch manifesteert zich minder duidelijk of niet binnen de kliniek.¹⁹⁴ Uit het onderzoek komt naar voren dat bij de inschatting van het gevaar het delict waarvoor betrokkene is veroordeeld wel degelijk wordt meegewogen in het besluit om over te gaan tot dwangbehandeling. Ook de klachtencommissies maken een inschatting van het gevaar waarbij het gepleegde delict een rol speelt.

Tot slot is er veel te doen omtrent de afsluiting van de kamers gedurende de nacht, vooral in de FPK's. Hieraan lijkt behoefte te bestaan terwijl het onduidelijk is of dit juridisch geregeld is. De Inspectie van Groningen/Friesland/Drenthe heeft zich in een brief aan de FPK te Assen op het standpunt gesteld dat het afsluiten van de kamers en de regeling hiervan in de huisregels mogelijk zou zijn op grond van de Wet Bopz. Echter andere instellingen en de Stichting patiëntenvertrouwenspersoon zijn de mening toegedaan dat dit juridisch niet mogelijk is. Hier dient duidelijkheid over te worden verschaft.

Concluderend kan worden gesteld dat er ten aanzien van forensische psychiatrische patiënten, en dan vooral de ter beschikking gestelden, behoefte lijkt te bestaan aan een wet, die evenals de Bvt, een evenwicht biedt tussen beveiliging, behandeling en rechtspositie. De Bvt is toegesneden op de tenuitvoerlegging van de tbs, in casu de dwangverpleging, dat geldt voor de Wet Bopz in strikte niet.

¹⁹⁴ Vaak dankzij dwangmedicatie.

5.2.1.5 Drang

In het vorig hoofdstuk zijn een aantal modaliteiten aan de orde gekomen op grond waarvan justitiabelen in een psychiatrisch ziekenhuis terecht kunnen komen doch niet vallen onder de werking van de Wet Bopz. Zij verblijven alsdan op 'vrijwillige' basis in het psychiatrisch ziekenhuis. De meeste respondenten geven te kennen dat er op deze patiënten meer drang wordt toegepast dan op andere forensisch psychiatrische patiënten. Zij worden regelmatig voor de keuze gesteld: het behandelplan nakomen of anders terug naar de instelling van herkomst. Zij ontberen op deze manier de beschermende werking van de Wet Bopz waar behandelaars slechts dwang kunnen toepassen op grond van strikte vereisten.

5.2.2 Beperking van rechten

Op grond van artikel 40 Wet Bopz is het mogelijk bepaalde rechten die betrokkene toekomt, onder bepaalde voorwaarden te beperken. Het eerste lid biedt grondslag voor de controle van poststukken gericht aan of afkomstig van betrokkene op meegezonden voorwerpen. Dit dient te geschieden in de aanwezigheid van betrokkene. Er kan slechts worden gecontroleerd op meegezonden voorwerpen. Er wordt de behoefte gevoeld ook controles mogelijk te maken in de vorm van censuur of de bevoegdheid tot het niet verzenden van de brief. Hierbij dient men bijvoorbeeld te denken aan brieven die worden gestuurd aan slachtoffers of brieven die worden verstuurd met het oog op een eventuele ontsnapping of verkrijging van contrabande (drugs/wapens).

Het tweede lid biedt de grondslag om betrokkene te beperken in het recht op het ontvangen van bezoek indien van het bezoek ernstige nadelige gevolgen moet worden gevreesd voor de gezondheidstoestand van betrokkene dan wel indien dit ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis, zoals die in de huisregels is beschreven, of ter voorkoming van strafbare feiten noodzakelijk is. Hier wordt sterk de behoefte gevoeld de mogelijkheid tot beperking uit te breiden met de mogelijkheid tevens het bezoek aan controle te onderwerpen. Dit heeft voornamelijk te maken met het zoveel mogelijk trachten contrabande (drugs/wapens) buiten de instelling te houden.

Tot slot het derde lid. Dit creëert de mogelijkheid de bewegingsvrijheid van betrokkene in te beperken indien van de uitoefening van het recht op bewegingsvrijheid 'in en rond' ernstige nadelige gevolgen moet worden gevreesd voor de gezondheidstoestand van de patiënt, dan wel indien dit ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis, zoals die in de huisregels is beschreven, of ter voorkoming van strafbare feiten noodzakelijk is. Indien betrokkene valt onder de werking van de Wet Bopz heeft hij vrijheden in en rond het psychiatrisch ziekenhuis. In dit kader kan melding worden gemaakt van de volgende uitspraak van de rechtbank te Den Bosch. De feiten zijn als volgt. Mevrouw X., opgenomen in de FPK te Eindhoven met een tbs maatregel, dient een klacht in op grond van het feit dat zij zonder reden is beperkt in haar bewegingsvrijheid. In de huisregels is geregeld dat de patiënten tijdens het gezamenlijk koffie- en theedrinken gedurende de therapietijden binnen dienen te blijven. Mevrouw X. ging tijdens deze tijden altijd naar buiten en dit werd gedoogd. Nu is door het psychiatrisch ziekenhuis bepaald dat de huisregels stringenter dienen te worden nageleefd waardoor mevrouw X. zich hieraan heeft te houden. Zij dient een klacht in tegen deze beperking. Het ziekenhuis geeft als reden op dat de doelstelling van de afdeling is, bij cliënten met een strafrechtelijke maatregel, een delictreductie te bewerkstelligen, een sociaal wenselijker gedrag te creëren en cliënten te leren omgaan met hun sociale omgeving en met elkaar. Het gezamenlijk koffie- en thee drinken 's ochtends en 's middags tijdens therapietijden is daartoe een middel. Niemand wordt echter gedwongen om daadwerkelijk aan het gezamenlijk koffie- en theedrinken deel te nemen. De rechtbank acht de klacht ongegrond: het enkele feit dat voorheen, in afwijking van de geldende huisregels, werd gedoogd dat X. tijdens het gezamenlijke koffie- en theedrinken naar buiten ging, brengt niet met zich mee dat voormelde regels niet langer op X. van toepassing zijn en dat zij daaraan niet

alsnog kan worden gehouden. Er is van een beperking van de bewegingsvrijheid in de zin van artikel 40 Wet Bopz geen sprake.¹⁹⁵

Uit deze uitspraak vloeit voort dat de rechtbank een dergelijke regel, opgenomen in de huisregels, toelaatbaar acht en niet in strijd met de wet waardoor er geen sprake is van een beperking van de bewegingsvrijheid op grond van artikel 40 lid 3 Wet Bopz. Dit terwijl de algemene huisregel hier verder lijkt te gaan dan de Wet Bopz zelf. In deze casus is duidelijk te zien dat de instelling op deze wijze vormt tracht te geven aan het door de rechter opgelegde bevel tot verpleging daar de Wet Bopz geen mogelijkheden biedt tot dwangverpleging.

Uit het onderzoek vloeit voort dat veel behandelaars onder de respondenten dit een te ruime startsituatie achten. Veelal is betrokkene afkomstig uit een zeer gesloten justitiële setting met veel meer beperkingen. Dus de overgang van een justitiële inrichting naar een instelling van de geestelijke gezondheidszorg is erg groot. Indien een justitiabele in het psychiatrisch ziekenhuis op 'vrijwillige' basis verblijft, heeft hij nog meer vrijheden. Dit wordt als zeer dubieus ervaren daar er nog steeds sprake is van een onderliggende strafrechtelijke titel. Dit vloeit tevens voort uit bovenstaande uitspraak. De instelling tracht een en ander op te lossen via de huisregels. Daar komt bij dat niet geheel duidelijk is hoe ver die beperking van de bewegingsvrijheid mag gaan. Is een gesloten afdeling de grens, of een gedeelte van de afdeling, of kan de bewegingsvrijheid zelfs tot de eigen slaapkamer beperkt worden zonder dat dit gekwalificeerd wordt als afzondering, en na zeven dagen zelf als dwangbehandeling.

Voor wat betreft zaken als corvéediensten, fouilleren, urinecontroles, het afsluiten van de kamers, omtrent GSM/internet lijkt de Wet Bopz onvoldoende regeling te bieden voor forensisch psychiatrische patiënten terwijl er wel behoefte wordt gevoeld bijvoorbeeld corveediensten en urinecontroles te kunnen afdwingen, en vooral bij ter beschikking gestelden om de dwangverpleging ten uitvoer te kunnen leggen. Zoals reeds gesteld, lijkt de Wet Bopz te weinig mogelijkheden te bieden om te kunnen handelen vanuit een beheers- en beveiligingsoogpunt. Dit wordt, vooral ten aanzien van de forensisch psychiatrische populatie in het psychiatrisch ziekenhuis, als een duidelijk gemis ervaren. Tot slot spelen deze kwesties ook ten aanzien van de forensisch jeugdpsychiatrische patiënten en de licht verstandelijk gehandicapten en ernstig gedragsgestoorden (Hoeve Boschoord).¹⁹⁶

Daar wordt vooral de behoefte gevoeld te kunnen optreden vanuit pedagogisch oogpunt.

5.2.3 Klachtregeling

Indien een persoon gedwongen wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis kent hij klachtmogelijkheden op grond van de Wet Bopz (art. 41) en op grond van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ). Een 'vrijwillig' opgenomen justitiabele kent slechts klachtmogelijkheden op grond van laatstgenoemde wet.

Artikel 41 van de Wet Bopz heeft betrekking op klachten over een beperkt aantal onderwerpen ten aanzien van de patiënt waarover kan worden geklaagd door zowel de patiënt als 'elk ander in het ziekenhuis verblijvende patiënt'. Er kan worden geklaagd over het toepassen van dwangbehandeling, het toepassen van middelen en maatregelen, het niet toepassen van het overeengekomen behandelingsplan en de inperking van rechten op grond van artikel 40. Op

¹⁹⁵ Rechtbank 's-Hertogenbosch 6 maart 2001, *BJ* 2001, nr. 48. Widdershoven heeft onder deze uitspraak een noot geschreven waarin hij de uitspraak van de rechtbank onjuist acht. Hij is het niet eens met de gestelde huisregels, hij acht ze te vergaand. Hij verwijst daarbij naar het Besluit rechtspositieregelen Bopz dat bepaalt dat de huisregels geen andere regelen bevatten dan die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken in het psychiatrisch ziekenhuis. "Het spreekt vanzelf dat de huisregels geen inbreuk kunnen maken op de aan de patiënt in de wet toegekende patiëntenrechten. (...) Een algemene bepaling dat patiënten binnen dienen te blijven gedurende de therapietijden kan domweg niet door de beugel. Het geëigende instrument voor therapeutische doelstellingen is het behandelingsplan. Dit geldt zowel voor de vrijwillige patiënt als voor de patiënt die is opgenomen met een Bopz-titel of een justitiële maatregel." (p.187)

¹⁹⁶ Middels een brief aan de Tweede Kamer heeft de Verwantenraad van Hoeve Boschoord aandacht gevraagd voor de problemen ten aanzien van de werking van de Wet Bopz en de licht verstandelijk gehandicapten en sterk gedragsgestoorden.

grond van de WKCZ kan bijna over alles worden geklaagd, er kan worden geklaagd over elk handelen dan wel nalaten van een zorgaanbieder. Uit zowel de enquête als de interviews komt naar voren dat de klachtregeling te laagdrempelig wordt bevonden. Dit kan de behandeling ernstig belemmeren dan wel verlammen. Tijdens de expert-meeting konden de deskundigen zich goed vinden in het idee van de invoering van een bemiddelingsprocedure met daarbij een maandcommissaris, zoals dit is geregeld in de Bvt.¹⁹⁷ Daarnaast zou men willen pleiten voor een beperking van de beklaggronden.

Wel verdient hier vermelding dat uit de gesprekken gevoerd met leden van klachtencommissies naar voren komt dat forensisch psychiatrische patiënten over het algemeen niet meer lijken te klagen in verhouding tot de reguliere psychiatrische patiënten. Uitzondering hierop vormt het FPC te Eindhoven. Dit lijkt te maken te hebben met het juridisch klimaat in de instelling, de zwaarte van de forensische populatie en de zeer actieve rol van de patiëntenvertrouwenspersoon. Het verdient nader onderzoek in hoeverre deze klachtregeling inderdaad als te laagdrempelig kan worden beschouwd aan de hand van ingediende klachten door forensisch psychiatrische patiënten die wel of niet gegrond zijn verklaard.

Tot slot dient te worden vermeld dat de instellingen het als gemis te ervaren geen hoger beroepsmogelijkheid te hebben. Zeker nu de uitspraken in de toekomst een bindend karakter gaan krijgen en er een schadevergoedingsregeling op komt is.

5.3 Instanties

5.3.1 De Inspectie

Op grond van artikel 63 Wet Bopz heeft de Inspectie en haar inspecteurs de taak te waken voor de op het terrein van de volksgezondheid betrekking hebbende belangen van personen wier geestvermogens zijn gestoord. Zij zien deswege toe op een verantwoorde behandeling, verpleging, verzorging en bejegening van deze personen. Zij hebben in dit kader recht op inlichtingen, het recht op inzage in patiëntendossiers en het recht op het spreken met patiënten. Desgevraagd vertelt het merendeel van de respondenten in de forensisch psychiatrische sector dat de inspectie zich nimmer ter plaatse op de FPA of FPK heeft laten zien of horen, dat neemt overigens niet weg dat er waarschijnlijk wel contact met de directie is geweest.

In de afgelopen jaren heeft de Inspectie in verschillende justitiële tbs-klinieken in het kader van de kwaliteit van zorg (Kwaliteitswet Zorginstellingen) onderzoeken gedaan en omtrent haar bevindingen rapportages uitgebracht aan de minister van Justitie. De Inspectie heeft het voornemen een dergelijk onderzoek op korte termijn uit te voeren voor wat betreft de FPA's en FPK's.

Medewerkers van de (forensische) kinder- en jeugdpsychiatrie hebben aangegeven de rol en de positie van de inspectie een onduidelijke te vinden voor wat betreft de justitiële jeugdinrichtingen. Veel respondenten geven te kennen de rol van de inspectie niet duidelijk te vinden, maar enkelen vinden dat de inspectie wel een bemiddelende rol zou kunnen spelen bij moeizame plaatsing van ex art 37 Sr veroordeelden.

Enkele leden van de Inspectie brachten naar voren dat volgens hen de reguliere psychiatrie huiverig staat tegenover opname van forensisch psychiatrische patiënten.

5.3.2 De officier van justitie

Op grond van artikel 66 Wet Bopz is het Openbaar Ministerie belast met de tenuitvoerlegging van de verleende voorlopige machtigingen, de machtigingen tot voortgezet verblijf en de machtigingen

¹⁹⁷ Uit het evaluatieonderzoek van de Bvt uitgevoerd door Leuw en Mertens komt naar voren dat de bemiddelingsprocedure zeer succesvol blijkt.

verleend op eigen verzoek. Artikel 67 bepaalt dat de officieren van justitie op onbepaalde tijden de psychiatrische ziekenhuizen in hun ambtsgebied bezoeken om zich ervan te verzekeren dat niemand daarin wederrechtelijk wordt opgenomen of verblijft. De frequentie van de bezoeken wordt door de officier bepaald.

Desgevraagd vertelt het merendeel van de respondenten in de forensisch psychiatrische sector dat de officier van justitie zich nimmer ter plaatse heeft laten zien of horen. Toch onderkent men wel dat deze op de hoogte moet worden gehouden.

De ervaring leert dat de officier van justitie slecht bereikbaar is en bij belangrijke besprekingen vaak afzegt. De betrokkenheid van de officier van justitie wordt door diverse respondenten als te beperkt ervaren.

Het merendeel van de deelnemers aan de expert-meeting acht de actieve aanwezigheid van de officier van justitie tijdens zittingen van de rechtbank waarin verlening dan wel verlenging van de machtiging aan de orde is van cruciaal belang. De aanwezigheid van een officier van justitie ter terechtzitting brengt met zich mee dat de (behandelend) psychiater minder geplaatst wordt in een gepolariseerde positie tegenover de patiënt, tot wie hij later weer in een therapeutische relatie staat. Aldus heeft de aanwezigheid van de Officier van Justitie een duidelijke betekenis voor het therapeutisch proces, aangezien de posities der verschillende procespartijen dan beter tot zijn recht komen.

5.3.3 Het ministerie van Justitie

Ten aanzien van de categorie van patiënten genoemd in artikel 51 Wet Bopz bepaalt artikel 52 van deze wet dat de minister van Justitie een bijzondere verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van deze justitiabelen. De minister van VWS dient met betrekking tot deze groep van patiënten in overeenstemming met de minister van Justitie te handelen.

Er bestaan nogal wat onduidelijkheden over de verantwoordelijkheid voor justitiabelen. Formeel gezien is de minister van Justitie verantwoordelijk, maar in de praktijk blijkt het ministerie van VWS toch verantwoordelijkheid te dragen. Hierover bestaan onder hulpverleners in de praktijk onduidelijkheden. De onduidelijkheden bevinden zich met name op het vlak van de interne en externe rechtspositie van de forensisch psychiatrische patiënt die zich bevindt een Bopz-instelling. Er bestaan onduidelijkheden omtrent het verlenen van bewegingsvrijheid en verlof, melding bij ongeoorloofde afwezigheid, financiële verantwoordelijkheid, aansprakelijkheid in geval van door de patiënt aangerichte schade etc. Deze onduidelijkheden hebben er mee te maken dat voor een aantal justitiabelen de Wet Bopz van toepassing is voor wat betreft de interne rechtspositie, doch voor wat betreft de externe rechtspositie vallen zij onder een andere wet zoals de Bvt. In dit kader kan tevens melding worden gemaakt van het rapport van de commissie Kosto.¹⁹⁸ Hierin zijn de plannen verwoord om op termijn de tbs bij het ministerie van VWS onder te brengen. Dit heeft tot gevolg dat het ministerie van VWS verantwoordelijk wordt voor de behandeling en dat het ministerie van Justitie verantwoordelijk blijft voor de beveiliging.

5.3.4 De patiëntenvertrouwenspersoon

Artikel 59 Wet Bopz geeft de omschrijving van de taak en bevoegdheden van de patiëntenvertrouwenspersoon. Deze taakomschrijving is uitgewerkt in het Besluit Patiëntenvertrouwenspersoon Bopz.¹⁹⁹ Hierin is bepaald dat het bestuur van een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een zwakzinnigeninrichting, verpleeginrichting, een justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden, of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of van een academisch ziekenhuis, er zorg voor draagt dat een patiënt kan worden bijgestaan door een patiëntenvertrouwenspersoon. Deze patiëntenvertrouwenspersonen verlenen aan de patiënt op hun verzoek advies en bijstand in aangelegenheden samenhangend met hun

¹⁹⁸ Rapport Commissie Beleidsvisie Tbs, *Veilig en wel*, 2001.

¹⁹⁹ Besluit Patiëntenvertrouwenspersoon Bopz, *Staatsblad* 565, 3 november 1993.

opneming en verblijf in het ziekenhuis. Het verlenen van advies is vooral gericht op de uitoefening door de patiënt van zijn rechten. De patiëntenvertrouwenspersoon heeft toegang tot alle ruimten van een psychiatrisch ziekenhuis bestemd voor opneming en verblijf en hij kan spreken met patiënten zonder toestemming van derden. Tot slot worden aan hem alle inlichtingen verschaft die nodig zijn voor de juiste uitoefening van zijn taak.

In de beraadslagingen van de commissie Haars, de commissie die voorbereidingen heeft getroffen voor de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden is aan de orde geweest of in de tbs-sector een patiëntenvertrouwenspersoon op zijn plaats zou zijn. De commissie heeft destijds gekozen voor aansluiting bij de klachtregeling zoals die in het gevangeniswezen van kracht is, waarin een onpartijdige maandcommissaris en commissie van toezicht zijn voorzien.²⁰⁰ In de psychiatrische ziekenhuizen in het algemeen en in de FPA's en FPK's in het bijzonder wordt daarentegen wel van een patiëntenvertrouwenspersoon gebruik gemaakt. Van de Graaf en Van Haaster's onderzoek weerspiegelt – voorzover de patiënten ervaring met deze functionaris hadden opgedaan – een duidelijke tevredenheid over de inspanningen van de patiëntenvertrouwenspersoon in zowel de FPK's te Eindhoven en Assen, alsook in de twee FPA's te Warnsveld en Den Dolder.²⁰¹

In de interviews onder het personeel bleek dat de bevindingen met de patiëntenvertrouwenspersoon sterk uiteenliepen. Overduidelijk was men het erover eens dat de opstelling van de (partijdige) patiëntenvertrouwenspersoon in de forensisch psychiatrische sector vooral een terughoudende zou dienen te zijn. In deze sector bevinden zich diverse patiënten met persoonlijkheidsstoornissen met een relatieve weerzin tegen behandeling en tegen verandering en diverse patiënten die als notoir klager te boek staan.

In sommige FPA's en FPK's waren relatief veel klachten, maar het bleek dat dat onder meer te maken had met de (over)actieve en wervende opstelling van de aldaar werkzame patiëntenvertrouwenspersoon. Roulering van patiëntenvertrouwenspersonen tussen sommige psychiatrische ziekenhuizen liet in de loop der tijd immers een verschuiving in het klachtenpatroon zien.

5.4 Transparantie van en bekendheid met de wet

Menig forensisch psychiatrisch patiënt heeft verschillende penitentiaire inrichtingen (justitiële jeugdinrichting, Huis van bewaring, Pieter Baan Centrum) doorlopen alvorens in het psychiatrisch ziekenhuis onder het regime van de Wet Bopz terecht te komen. In die achtereenvolgende instellingen wordt de patiënt geconfronteerd met uiteenlopende rechtsposities die op hem van toepassing zijn en die hij al doende al dan niet leert kennen. Over de bekendheid van patiënten met hun rechtspositie vertellen Van der Graaf en Van Haaster (2001) in hun onderzoek in twee van de drie FPK's: "Bij navraag blijken nog al wat cliënten niet of slecht op de hoogte te zijn van patiëntenrechten en van het bestaan van de klachtencommissie."²⁰² Een soortgelijke bevinding staat beschreven over de patiënten van een FPA.²⁰³ Hun onderzoek leidt tot de beleidsaanbeveling: "In de forensisch psychiatrische setting is er betere informatie nodig over cliëntenrechten, met name over de WGBO, de Wet Bopz, de WMCZ, de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden en de klachtenprocedures. Waarborgen dat cliëntenrechten kunnen worden uitgeoefend zijn in een afdeling met een streng regime van extra belang. Alle cliëntenrechten moeten voor elke cliënt op papier staan." Deze bevindingen worden in het onderhavige onderzoek bevestigd.

²⁰⁰ *Eindrapport van de Commissie Rechtspositie ter beschikking gestelden*, 1987.

²⁰¹ Van de Graaf en Van Haaster, 2001, p. 74 en 105.

²⁰² Van de Graaf en Van Haaster, 2001, p. 76.

²⁰³ Van de Graaf en Van Haaster, 2001, p. 105.

De veelheid aan juridische regelingen is met betrekking tot forensisch psychiatrische patiënten zodanig dat ook van een gemiddeld hulpverlener niet kan worden verwacht dat deze bekend is met de rechtspositie van de forensisch psychiatrische patiënt die achter elke juridische titel schuilgaat. In de praktijk echter beperkt zich het aantal juridische titels op grond waarvan deze patiënten in een afdeling of een kliniek verblijven tot slechts enkele.

In de interviews en enquête blijkt dat het personeel inmiddels aardig vertrouwd is met de wet Bopz en met de WGBO. Daarnaast bestaat er over het algemeen bij het verantwoordelijk personeel (psychiater, behandelcoördinator) wel know how inzake de rechtspositie. Onder het verpleegkundig personeel dat dagelijks met de patiënten omgaat, is deze bekendheid meestal minimaal.

De behoefte aan juridische informatie en permanente educatie wordt veelvuldig gesignaleerd. Met het verloop van de patiëntenpopulatie en met het verloop onder het personeel wordt duidelijk dat deze scholing periodiek terugkerend dient te zijn.

Thans hebben alle tbs-klinieken en forensisch psychiatrische klinieken een juridisch medewerker in dienst. Enkele algemeen psychiatrische ziekenhuizen, waaronder een forensisch psychiatrische afdeling ressorteert, hebben eveneens een juridisch consulent binnen hun gelederen. Bij de complexiteit van de verschillendsoortige en elkaar deels overlappende, deels aanvullende, deels conflicterende wetgeving, gezien de toegenomen mondigheid van (forensisch) psychiatrische patiënten, het geleidelijk aan groeiend aantal klachtzaken en mede ten behoeve van de juridische permanente educatie van het personeel is het aan te bevelen dat forensisch psychiatrische afdelingen die een capaciteit van boven de 20 plaatsen bereikt hebben in de personele formatie plaats inruimen voor een (part-time) juridisch medewerker.

5.5 Ethiek

Op de vraag of de Wet Bopz belemmerend dan wel stimulerend werkt voor kwalitatief goede en ethisch verantwoorde hulpverlening antwoordt het merendeel van degenen die in de praktijk van de forensische psychiatrie werkzaam zijn dat die vraag pas in een later stadium aan de orde is. Eerst moet steeds handelend worden opgetreden om gevaar af te wenden en escalatie te voorkomen.

Als gevolg van een door de overheid gedelegeerde machtsuitoefening betekent het werk in de forensische psychiatrie dat de hulpverlener nogal eens wordt opgezadeld met een dubbele loyaliteit: de rol van bewaker en die van hulpverlener.²⁰⁴ Het merendeel van de respondenten onderschrijft dat, maar ondervindt daar weinig hinder van. Uit de interviews blijkt dat men zich over het algemeen geen bewaarder voelt, één aspect uitgezonderd, namelijk zodra dwangbehandeling aan de orde is. Diverse respondenten geven immers te kennen dat de criteria voor gedwongen opname ruimer zijn dan die voor dwangbehandeling en dat maakt dat je als hulpverlener tijdens het verblijf van de patiënt in het psychiatrisch ziekenhuis nogal eens noodgedwongen met de handen op de rug staat. Opname van forensisch psychiatrische patiënten zonder dat er mogelijkheden tot behandeling bestaan, stuit op bezwaren en genereert gevaar voor medepatiënten en personeel. Voor het werk in de forensisch psychiatrische sector zijn volgens velen de mogelijkheden tot dwangtoepassing te restrictief geregeld. Door sommigen is wel gesteld dat bij de beslissing tot opname van forensisch psychiatrische patiënten daarom de mogelijkheid tot dwangbehandeling zou moeten worden gegeven. Indien dat niet mogelijk is, zou de zorginstelling daarbij de bevoegdheid moeten hebben om de betreffende patiënt te ontslaan als hij niet aan enige adequate behandeling wenst mee te werken. In dergelijk verband kan de Wet Bopz ten opzichte van de forensisch psychiatrische patiënten zorgverlammend uitwerken,

²⁰⁴ Zie hiervoor uitgebreider Koenraadt, 1999, p. 366-367.

aldus enkele respondenten.

Enkele respondenten uit FPA's en FPK's geven te kennen dat zij zich in een lastig parket bevinden wanneer forensisch psychiatrische patiënten de voorwaarden waaronder zij in de betreffende instelling zijn geplaatst, overtreden. Het beroepsgeheim, een veilig behandelklimaat, de afspraken met justitie en het gedrag van de patiënt staan dan nogal eens met elkaar op gespannen voet. Er lijkt onder gedragskundigen in bepaalde situaties een spanningsveld te worden gevoeld voor wat betreft het beroepsgeheim en het verschaffen van informatie aan de politie en justitie. Gedacht kan worden aan een situatie waarin in de omgeving van een instelling een strafbaar feit wordt gepleegd en de politie contact opneemt met de instelling met de vraag wie ten tijde van het plegen van het delict met verlof waren. Verder kan men denken aan een situatie waarin de behandelaar op de hoogte is van een gepleegd strafbaar feit door de justitiabele of van een overtreding van de voorwaarde. In principe dient de behandelaar de reclassering dan wel Justitie in te lichten. Dit wordt door de gedragskundigen nogal eens als een schending van het beroepsgeheim gevoeld indien er geen sprake is van direct ernstig gevaar.

Nadere ontwikkeling van de professionele standaard voor het werken met forensisch psychiatrische patiënten is binnen de betrokken beroepsgroepen (psychiater, psycholoog, verpleegkundige en jurist) aangewezen teneinde een adequate samenhang tussen beroepsethiek, bevoegdheden en deskundigheden in het werken met deze patiënten tot stand te brengen.

5.6 Beheer en management

Een knellend probleem in de forensische geestelijke gezondheidszorg vormt de krapte op de arbeidsmarkt: twee klinieken in deze sector (de FPK in Eindhoven en die in Amsterdam) kampen met een groot tekort aan geschoold personeel. Het kost grote moeite om verpleegkundigen en medici te werven met als gevolg dat er op afdelingen waar lastige, moeilijk te hanteren patiënten verblijven nogal eens (te) weinig, (te) jong, (te) onervaren personeel beschikbaar is.²⁰⁵ Of dat zelfs van de beschikbare en nodige capaciteit een deel onbenut moet blijven omdat er geen personeel voorhanden is. De beeldvorming, de arbeidsomstandigheden, de salariëring en de reputatie van de forensische geestelijke gezondheidszorg zijn thans niet van dien aard dat professionals er gemakkelijk voor warm lopen. Daarmee samenhangend heerst er een capaciteitstekort dat bestreden dient te worden. Een eerste stap daartoe is de volgende aanbeveling.

De plaatsing van forensisch psychiatrische patiënten of van patiënten met een strafrechtelijk verleden hoeft niet per se in een forensisch psychiatrische kliniek of forensisch psychiatrische afdeling plaats te vinden. Het gebeurt thans nog al te vanzelfsprekend dat wanneer in een psychiatrisch ziekenhuis, waar ook een forensisch psychiatrische kliniek of een forensisch psychiatrische afdeling aan verbonden is, een patiënt met een strafrechtelijk verleden moet worden opgenomen dat deze patiënt dan in de FPA of FPK wordt geplaatst, terwijl plaatsing op een andere afdeling evenzeer mogelijk en gerechtvaardigd is. Door de plaatsing in een FPA en FPK als een ultimum remedium te beschouwen, kan strikt onnodig beslag op deze afdeling c.q. kliniek worden vermeden, waardoor capaciteit beschikbaar blijft.

Maar ook wanneer een patiënt ten tijde van zijn verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis een delict pleegt, bestaat er een discrepantie tussen beleid en praktijk. Vele hulpverleners in de forensische psychiatrie zijn het erover eens dat een patiënt die tijdens het verblijf een medewerker letsel toebrengt, daarover ter verantwoording moet worden geroepen. Zo bestaat

²⁰⁵ Van der Klippe, Van Ginneken, 2000.

er in menig psychiatrisch ziekenhuis een protocol over hoe te handelen bij strafbare feiten dat voorziet in een dergelijke aangifte. Daarboven hebben forensisch psychiatrische patiënten per definitie al contact met politie en justitie achter de rug en lijkt het alsof de bemoeienis van politie en justitie voorgoed is overgedragen aan de forensische geestelijke gezondheidszorg. Vanuit die veronderstelling wordt er dan af en toe van afgezien om aangifte te doen. En zelfs wanneer er aangifte wordt gedaan, reageert de politie soms al wat verontschuldigend. “De patiënt is toch psychisch gestoord, waarom dan toch aangifte?” zo luidt soms de reactie van een verbaasde politiefunctionaris. De ernst van het strafbaar feit is hier tevens maatgevend voor de te volgen procedure. In ernstige gevallen wordt meestal wel aangifte gedaan, in kleinere zaken meestal niet. Zonder te willen bepleiten dat elke psychiatrische patiënt die een strafbaar feit begaat, terstond wordt aangegeven bij politie en justitie, is (her)bezinning op dit vlak van groot belang. Psychiatrische patiënten, die een strafbaar feit plegen, hebben het recht terecht te staan. Nog al te vaak wordt patiënten de gang naar de rechter onthouden doordat hulpverleners geen aangifte (willen) doen en intern maatregelen treffen of doordat de officier van justitie de zaak seponereert. De strafrechtelijke excusering is bij uitstek een taak die aan de rechter toebehoort, al dan niet nader voorgelicht door gedragskundigen.

Het onderzoek van Van der Klippe en Van Ginneken (2000) naar de beheersproblematiek ten aanzien van forensisch psychiatrische patiënten komt tot deels andere bevindingen dan het onderhavige, hetgeen samenhangt met een beperkter en selectiever aantal respondenten en een andere doelstelling- en onderzoeksvraag die ten grondslag ligt aan dat onderzoek.

Het is hier op zijn plaats om een meermalen gesignaleerde huiver in de algemene, reguliere psychiatrie ten opzichte van opnemings van justitiabelen weer te geven. Forensisch psychiatrische patiënten, c.q. psychisch gestoorde gedetineerden worden veelal in de geestelijke gezondheidszorg met vrees omgeven, als patiënten die onvoorspelbaar en gevaarlijk zijn. Opgemerkt moet worden dat forensisch psychiatrische patiënten qua beheers- c.q. gevaarlijkheidsproblematiek niet over een kam geschoren mogen worden. De pas opgenomen psychotische ter beschikking gestelde zal met veel meer waarborgen omgeven moeten worden dan een justitiabele die onder voorwaarden in een Bopz-instelling verblijft.

De commissie Kosto koestert grootse plannen om in de nabije toekomst de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel in de geestelijke gezondheidszorg onder te brengen en aldus de tbs-sector met de ggz-sector te integreren.²⁰⁶ De tbs-sector beschikt thans over een uitvoerige, internationaal erkende expertise in de omgang met en verpleging en behandeling van psychisch gestoorde gedetineerden. In het onderhavige rapport zijn evenwel diverse rechtspositionele struikelblokken geformuleerd die aan een dergelijke integratie in de weg kunnen staan. Dit naast de attitude die nogal heerst onder personeel in de geestelijke gezondheidszorg ten opzichte van genoemde justitiabelen, alle netwerkinspanningen ten spijt.

5.7 Conclusie

Resumerend en concluderend kunnen we stellen dat een deel van de gesignaleerde problemen samenhangt met de werking van de Wet Bopz doch tevens met de uitvoering van de plaatsing c.q. overplaatsing en het verblijf van forensisch psychiatrische patiënten in de praktijk. Hierbij kan men denken aan problemen die voortvloeien uit de heterogene aard van de populatie qua psychische stoornis, sexe, afkomst, leeftijd, en gevaarlijkheid. Verder bestaan er onduidelijkheden omtrent verantwoordelijkheden van de verschillende instanties. Daarnaast hangen problemen samen met de aard van de instellingen van de geestelijke gezondheidszorg, dan wel het grensvlak waarop men zich bevindt namelijk dat van justitie en de geestelijke

²⁰⁶ Commissie Beleidsvisie Tbs, *Veilig en wel*, 2001.

gezondheidszorg. Het vierde en vijfde hoofdstuk van dit onderzoek hebben laten zien hoe complex de juridische materie van justitiabelen die worden geplaatst in c.q. zich bevinden in residentiële instellingen van de geestelijke gezondheidszorg is.

6

Slot

In dit afsluitende hoofdstuk zal in § 6.1 aan de hand van de bevindingen uit het onderzoek antwoord worden geformuleerd op de vragen die aan het onderzoek ten grondslag lagen. In § 6.2 volgt een uit het onderzoek voortvloeiend pakket aanbevelingen teneinde de aansluiting van de Wet Bopz op de forensisch psychiatrische praktijk te verbeteren. Het hoofdstuk wordt in § 6.3 afgesloten met een korte samenvatting.

6.1 Beschouwing

In welke mate worden forensisch psychiatrische patiënten in een Bopz-instelling opgenomen?

In onderhavig onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden, waaronder een schriftelijke enquête (zie § 2.2). Door middel van deze enquête is getracht zicht te krijgen op de groep van forensisch psychiatrische patiënten die zich bevindt in instellingen van de geestelijke gezondheidszorg en mede op de eventuele problematiek die deze groep van patiënten met zich meebrengt. In de enquête is gebruik gemaakt van de peildatum met de bedoeling dat de instellingen op eenduidige wijze konden aangeven hoeveel forensisch psychiatrische patiënten zich op de peildatum in de instelling bevonden en op grond van welke juridische titel (zie § 3.2). Het totaal aantal forensisch psychiatrische patiënten dat op 1 januari 2001 in Bopz-instellingen verblijft bedroeg minimaal 490.

Naast de plaatsing van justitiabelen in FPA's en FPK's komt uit de enquête naar voren dat plaatsing van forensisch psychiatrische patiënten soms ook geschiedt op een reguliere afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Dit zijn vooral justitiabelen die weinig tot geen gevaar opleveren en die veelal op 'vrijwillige' basis worden geplaatst.

Met de registratie van justitiabelen die worden geplaatst c.q. overgeplaatst in instellingen van de geestelijke gezondheidszorg is het slecht gesteld. Het ministerie van Justitie kent geen registratiesysteem om deze justitiabelen in beeld te houden. Zoals reeds vermeld is men nu wel begonnen met de registratie van de ex artikel 37 Sr-patiënten.

In hoeverre rijzen daarbij problemen die direct of indirect met de wettelijke regelingen samenhangen?

Zoals uit voorgaande hoofdstukken is gebleken, rijst een aantal problemen ten aanzien van de forensisch psychiatrische patiënten die zijn opgenomen in een Bopz-instelling. Deze problemen hangen voor een deel samen met de wettelijke regelingen. Daarnaast rijzen problemen die samenhangen met de uitvoering van de plaatsing c.q. overplaatsing en het verblijf van forensisch psychiatrische patiënten in de praktijk. Hierbij valt te denken aan problemen met betrekking tot de aard van de populatie, de aard van de instellingen van de geestelijke gezondheidszorg, dan wel problemen die samenhangen met het grensvlak waarop men zich

bevindt namelijk dat van justitie en de geestelijke gezondheidszorg. In het kort worden hier enkele centrale thema's van het onderzoek besproken.

Wisseling van juridische titels

Het kan voorkomen dat een forensisch psychiatrische patiënt gedurende zijn verblijf in een Bopz-instelling een aantal maal 'wisselt' van juridische titel. Dit kan met zich meebrengen dat de Wet Bopz toepassing krijgt of juist niet meer van toepassing is. Dit komt de rechtszekerheid niet ten goede. Het vergt van medewerkers van de instellingen juridische kennis om de wettelijke consequenties die samenhangen met een wisseling van de juridische titel te kunnen volgen. Daar komt bij dat de hoeveelheid aan modaliteiten, op grond waarvan forensisch psychiatrische patiënten in een Bopz-instelling kunnen worden geplaatst aanzienlijk is. Uit het onderzoek komt naar voren dat niet iedere instelling een beroep kan doen op een juridisch medewerker verbonden aan de instelling.

'Vrijwillige' plaatsingen

Zoals uit het rapport naar voren komt is het mogelijk om als justitiabele op grond van een aantal juridische titels 'vrijwillig', dat wil zeggen niet vallend onder de werking van de Wet Bopz, in een Bopz-instelling terecht te komen. Het kan verwarrend zijn dat het verblijf van een justitiabele alsdan aan te merken is als een vrijwillig verblijf, daar hij wel een strafbaar feit heeft gepleegd c.q. verdacht wordt van een strafbaar feit. Daar komt nog bij dat de overgang vanuit een justitiële instelling naar psychiatrisch ziekenhuis op het gebied van het vrijhedenbeleid heel groot is.

Aansprakelijkheid psychiatrisch ziekenhuis

Uit het onderzoek komt naar voren dat de verantwoordelijkheden, die het psychiatrisch ziekenhuis draagt voor het verblijf van een forensisch psychiatrische patiënt, als groot wordt ervaren. Indien een patiënt buiten het terrein van het ziekenhuis een strafbaar feit pleegt, kan het psychiatrisch ziekenhuis aansprakelijk gesteld worden voor de geleden schade. Het risico van het plegen van een strafbaar feit door forensisch psychiatrische patiënten wordt door de meeste instellingen hoger inschat dan bij reguliere psychiatrische patiënten. Met opname van een forensisch psychiatrische patiënt in een instelling van de geestelijke gezondheidszorg wordt van de instelling tevens verwacht dat zij de maatschappij beschermen tegen deze patiënten. Hier valt een spanningsveld te constateren. De Wet Bopz biedt ook in dit licht bezien weinig specifieke mogelijkheden om maatregelen te treffen puur op grond van beveiliging en beheersing.

Beheers- en beveiligingsmaatregelen

Er lijkt een gebrek te bestaan aan mogelijkheden om op grond van de Wet Bopz op te treden ten aanzien van een aantal specifieke groepen van forensisch psychiatrische patiënten; de ter beschikking gestelden, de jeugdigen en de licht verstandelijk gehandicapten en sterk gedragsgestoorden. De wet lijkt voor deze populatie te weinig specifiek en te weinig mogelijkheden te bieden om effectief te behandelen en bejegenen.

Seponeringsbeleid

Er dient aandacht te worden besteed aan het seponeringsbeleid van de politie. Aan het openbaar ministerie komt het opportuniteitsbeginsel toe, de keuze tot verdere vervolging. Benadrukt wordt het belang van het bestaan van goede contacten met de Forensisch Psychiatrisch Dienst in de regio zodat de verdachten reeds in een vroeg stadium op de juiste plaats terechtkomen, in het strafrechtelijke circuit dan wel in de psychiatrie.

Sluiten deze wettelijke regelingen (Wet Bopz, Pbw, Bvt en de BJJl) goed op elkaar aan?

Duidelijk is dat de Wet Bopz niet strafrechtelijk van aard is. Doch gezien het feit dat forensisch psychiatrische patiënten tevens terecht kunnen komen in een Bopz-instelling en onder de werking van de Wet Bopz kunnen vallen, zijn aan de wet enkele bepalingen toegevoegd die op een aantal van deze patiënten betrekking hebben. Deze bepalingen zijn opgenomen in het vijfde hoofdstuk van de wet onder het kopje 'Patiënten voor wie de Minister van Justitie medeverantwoordelijkheid draagt', de artikelen 51 en 52 Wet Bopz.

Artikel 51 Wet Bopz verklaart de wet, dan wel een aantal regelingen daarvan, van overeenkomstige toepassing op de ex artikel 37 Sr patiënten, ter beschikking gestelden, overgeplaatste gedetineerden vanuit het gevangeniswezen (met RM) en jeugdigen met een PIJ-maatregel. Uit onderhavig onderzoek vloeit voort dat het artikel niet in alle gevallen helder is geformuleerd, er bestaan onduidelijkheden omtrent rechtsposities van justitiabelen met verschillende juridische titels. Het vierde hoofdstuk van onderhavig rapport laat zien de chaotische hoeveelheid aan juridische titels op grond waarvan forensisch psychiatrische patiënten in een Bopz-instelling terecht kunnen komen. Over niet alle modaliteiten bestaat eenstemmigheid en duidelijkheid omtrent welke regelingen op de patiënt van toepassing zijn. Artikel 51 Wet Bopz regelt niet alle juridische titels van justitiabelen, die in een Bopz-instelling terecht kunnen komen. Vastgesteld kan worden dat op dit punt het doel van de wet niet geheel voldoet aan de werking ervan in de praktijk. Dit levert in de praktijk een aantal onduidelijkheden op inzake rechtsposities van forensisch psychiatrische patiënten die zich bevinden in een Bopz-instelling. Het verdient aanbeveling dit artikel aan te passen en te completeren ter bevordering van de rechtsduidelijkheid en de rechtsgelijkheid. Tijdens de expert-meeting bleek dat de meerderheid van de gedragskundigen niet op de hoogte is van deze hoeveelheid aan modaliteiten. Hierbij dient te worden vermeld dat niet alle strafrechtelijke titels regelmatig voorkomen.

De aanbevelingen

Hieronder volgen de aanbevelingen die voortvloeien uit het uitgevoerde onderzoek. Aangezien de implementatie van de plannen van de commissie Kosto zich nog in een zeer pril stadium bevinden en de eventuele uitvoering daarvan afhankelijk is van een op dit moment groot aantal onzekere factoren, ligt het niet in de rede om thans reeds op die plannen vooruit te lopen. In de aanbevelingen is dan ook bewust geen keuze gemaakt om of alleen de Wet Bopz aan te passen of een nieuwe wet te creëren voor forensisch psychiatrische patiënten of de Bvt van toepassing te doen zijn in de niet-justitiële tbs-klinieken.

6.2 Aanbevelingen

Aanbevelingen omtrent de strafrechtelijke last tot plaatsing

1. Voor wat betreft de maatregel van de strafrechtelijke last tot plaatsing valt aan te bevelen dat artikel 37 Sr tekstueel meer zou moeten aansluiten op de Wet Bopz. In de tekst van artikel 37 lid 1 Sr ontbreekt het aan een expliciete verwijzing naar de relatie tussen de stoornis en het gevaar en daarnaast wordt geen rekening gehouden met de situatie dat betrokkene instemt met de plaatsing en het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Terwijl het bestaan van een causaal verband tussen het gevaar dat uit de stoornis dient voort te vloeien wel een vereiste is ter verkrijging van een rechterlijke machtiging. Het verdient vermelding dat dit in de praktijk geen onduidelijkheden met zich meebrengt.

De bevelsbevoegdheid van de officier van justitie is juridisch gezien slecht geregeld. Artikel 51 lid 1 Wet Bopz verklaart artikel 10 lid 2 Wet Bopz van overeenkomstige toepassing op de ex artikel 37-patiënten die in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven. De officier van justitie heeft aan de bevelsbevoegdheid echter niet veel op het moment dat betrokkene zich reeds bevindt in

een psychiatrisch ziekenhuis. Het verdient dan ook aanbeveling deze bevelsbevoegdheid van de officier van justitie bij de strafrechtelijke last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis op een juridisch adequate wijze gestalte te geven.

Omtrent de voortzetting van het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis ex art 37 Sr na het verstrijken van de periode van een jaar bestaat kennelijk, zo blijkt uit dit onderzoek, onduidelijkheid. De ene rechtbank verleent in aansluiting op de strafrechtelijke last een voorlopige machtiging voor een half jaar, de andere rechtbank verleent een rechterlijke machtiging tot voortgezet verblijf voor de duur van een jaar.

Hier zij er nogmaals op gewezen dat art 51 lid 1 Wet Bopz hieromtrent zonneklaar is en de rechtsgelijkheid op dit punt heeft vastgelegd, namelijk verlenging voor de duur van een jaar.

De ex art. 37 Sr opgenomen patiënten vormen een bij uitstek problematische groep, zowel qua behandel- als qua beheersproblematiek, veelal is er sprake van een combinatie van psychotische problematiek, persoonlijkheidsstoornissen en multiële verslaving. De tijd die deze patiënten in preventieve hechtenis en als passant in een penitentiaire inrichting doorbrengen, verdraagt zich slecht met de urgentie om deze patiënten op te nemen.

De duur van de passantentijd neemt menigmaal zozeer toe dat van de resterende verblijfsduur in het psychiatrisch ziekenhuis (te) weinig meer overblijft. Dit is in strijd met de bedoeling van de maatregel. De termijn van de passantentijd wordt extra verlengd zodra de patiënt in hoger beroep gaat. Veelal duurt de beroepsprocedure langer dan de duur van de maatregel zelf. Gedragkundig gezien is dit zeer onwenselijk daar de patiënt juist behandeling behoeft. Deze spanning in de wetgeving inzake art. 37 Sr vergt dat de wetgever deze maatregel aan een nadere analyse onderwerpt. (zie § 4.1)

Hoewel respondenten zich realiseren dat de reclassering kreunt onder bezuiniging en werkdruk achten zij omwille van de continuïteit van de zorg en de voortgang van de forensisch psychiatrisch patiënt de actieve betrokkenheid van de reclassering aangewezen. Met name voor wat betreft de ex artikel 37 Sr veroordeelden na afloop van de maatregel bestaat behoefte aan een verplicht reclasseringstoezicht. (zie § 4.1)

De geconstateerde toegenomen ernst van psychische problematiek in verhouding tot de aard van de maatregel rechtvaardigt, ondanks het oorspronkelijke karakter van de maatregel, meer bemoeienis van Justitie met de tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke last tot plaatsing. Het verdient overweging de last in het vervolg te laten verlengen door de strafrechter dan wel dat, voor wat betreft het verlop en ontslag, Justitie zeggenschap te verlenen in plaats van de beslissingen omtrent het verlop en ontslag over te laten aan de geneesheer-directeur.

Aanbevelingen met betrekking tot de Wet Bopz en de Bvt

2. Ten aanzien van de ter beschikking gestelden met bevel tot verpleging bestaat in de praktijk, indien de maatregel ten uitvoer wordt gelegd in een niet-justitiële tbs-kliniek, een aantal problemen met betrekking tot de werking van de Wet Bopz.

De rechtsposities onder de Bvt en de Wet Bopz verschillen veel van elkaar. De Bvt is een wet waarin getracht is evenwicht te vinden tussen behandeling, beheersing en rechtspositie afgestemd op de groep van ter beschikking gestelden. De Wet Bopz is in grote mate gericht op het zelfbeschikkingsrecht, en biedt minder mogelijkheden tot dwangverpleging zoals dit mogelijk is onder de Bvt. Respondenten geven aan dat voor de groep van ter beschikking gestelden nu juist behoefte is aan een wet als de Bvt.

Er bestaat behoefte aan mogelijkheden tot ingrijpen puur op grond van beheersing en beveiliging. De Wet Bopz lijkt de tenuitvoerlegging van de maatregel van tbs met dwangverpleging in een niet-justitiële tbs-kliniek te bemoeilijken. (zie § 4.2)

Daarnaast wordt de bewegingsvrijheid (in en rond het psychiatrisch ziekenhuis) die een forensisch psychiatrische patiënt heeft reeds bij binnenkomst als te ruim ervaren en, in geval het een

ter beschikking gestelde met bevel tot verpleging betreft, deze bewegingsvrijheid op gespannen voet lijkt te staan met de tenuitvoerlegging van het bevel tot verpleging.

Daarnaast bestaat geen eenstemmigheid omtrent de reikwijdte van de mogelijkheid tot beperking van dit recht op bewegingsvrijheid op grond van artikel 40 lid 3 Wet Bopz. (Zie § 4.2.4 en § 5.2.2)

Verder komt uit het onderzoek naar voren dat in niet-justitiële tbs-klinieken voor wat betreft de externe rechtspositie de Bvt en de Rvt van toepassing zijn. Het lijkt echter onduidelijk uit deze regeling te destilleren welke artikelen wel en welke artikelen niet van toepassing zijn. Hier dient duidelijkheid over te worden verschaft. (Zie § 4.2.4)

Er lijkt voor de gehele groep van forensisch psychiatrische patiënten meer behoefte te bestaan aan het kunnen nemen van meer maatregelen vanuit beheers- en beveiligingsoogpunt. Gedacht kan worden aan verplichte urine-controles, controle op poststukken, het controleren/fouilleren van bezoek, het kunnen afdwingen van huisregels en zaken als corvéediensten en het kunnen afsluiten van de kamers voor de nacht. Daarnaast bestaat behoefte om het gebruik maken van de mobiele telefoon en internet te kunnen regelen. (zie § 5.1)

3. Het onderscheid in de toepassing van middelen en maatregelen en dwangbehandeling is in de praktijk niet zo strikt en duidelijk als de wettelijke regeling. Indien het voorzienbaar is dat een maatregel als (separatie) regelmatig moet worden toegepast, dient deze te worden opgenomen in het behandelplan. Toepassing van het behandelplan tegen de wil van betrokkene wordt dan gekwalificeerd als dwangbehandeling. Indien betrokkene hierover een klacht indient zal de klachtencommissie de dwangbehandeling toetsen aan de criteria van artikel 38 lid 5 Wet Bopz. Echter de maatregel heeft puur het karakter van een orde/beheersmaatregel en dient geen therapeutisch doel. Dit heeft tot gevolg dat de klachtencommissie de klacht gegrond zal moeten verklaren daar er niet wordt voldaan aan de vereisten voor dwangbehandeling. Terwijl het op zich terecht kan zijn dat op de patiënt maatregelen zijn toegepast.

“Hierdoor kan zelfs in de hand worden gewerkt dat voorzienbare, korte toepassingen, niet langer in het behandelplan worden opgenomen, om te voorkomen dat men zich moet verantwoorden voor dwangbehandeling”, aldus een der respondenten. Het verschil tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen blijkt in de forensisch psychiatrische praktijk moeilijk werkbaar. Dit behoeft nader onderzoek. (zie § 5.2.1)

4. Recent zijn enkele patiënten met een civielrechtelijk machtiging opgenomen in TBS-inrichtingen.²⁰⁷ Uit de beschikbare informatie blijkt wel dat het gaat om uitzonderlijke zaken. De fundamentele vraag rijst of deze niet-strafrechtelijke patiënten wel in een penitentiaire instelling thuishoren en of hier niet eerder via de politie c.q. het strafrecht had moeten worden geïnterveneerd. Nadere, grondige analyse van dergelijke zaken kan ertoe bijdragen om maatregelen als deze (opneming van een patiënt met een civielrechtelijk machtiging in een penitentiaire inrichting) te voorkomen (zie § 5.2.3).

Art. 4 Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden regelt voor wie deze wet binnen een kliniek van toepassing is. Wanneer een patiënt met een rechterlijke machtiging in een justitiële tbs-kliniek wordt opgenomen c.q. verblijft, biedt artikel 4 daarbij geen soelaas. De justitiële tbs-klinieken zijn echter wel aangewezen als Bopz-instelling. Daarnaast is de Bvt van toepassing op eenieder die in een justitiële tbs-kliniek is opgenomen, hetgeen eveneens is te herleiden uit de wetsgeschiedenis. Ondanks de uitspraak van de rechtbank Utrecht van 11 augustus 1999 en het

²⁰⁷ Vgl. Van Tilburg tijdens een voordracht op de studiedag 'trends in de forensische psychiatrie' op 26 september 2001 te Nijmegen, waar hij een casus besprak van een man die na anderhalf jaar overleg op hoog niveau en langdurig verblijf van de patiënt in de separeer vanuit een psychiatrisch ziekenhuis te Amsterdam werd overgeplaatst naar de justitiële tbs-kliniek Veldzicht te Balkbrug. Zie voor een vermelding van twee zaken uit de forensische jeugdpsychiatrische sector par. 5.2.3.

feit dat de Wet Bopz van toepassing is indien een patiënt gedwongen is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (justitiële tbs-klinieken zijn tevens aangewezen als zijnde psychiatrische ziekenhuizen) lijken er in de praktijk onduidelijkheden te bestaan omtrent de rechtspositie van een patiënt met een Bopz-titel die is opgenomen in een justitiële tbs-kliniek.

Vanuit de onwenselijkheid van dergelijke opnames willen wij ervoor pleiten dat deze opnames zoveel mogelijk worden voorkomen. Indien er in uitzonderlijke situaties toch behoefte aan blijkt te bestaan, dient er in de Wet Bopz een overplaatsingsmogelijkheid gecreëerd te worden die bepaalt dat een rechterlijke instantie oordeelt over de wenselijkheid van de overplaatsing.

Daarnaast dient artikel 4 Bvt melding te maken van de Bopz-titel wat tot gevolg heeft dat de Bvt de rechtspositie regelt van een psychiatrische patiënt met een Bopz-titel opgenomen in een justitiële tbs-kliniek. (zie § 4.2.3)

5. De wetgever zou duidelijkheid dienen te verschaffen over de interne rechtspositie van de ter beschikking gestelden met proefverlof die zich bevinden in een psychiatrisch ziekenhuis. Valt een ter beschikking gestelde met proefverlof, onder de voorwaarde van opname in een psychiatrisch ziekenhuis, nu rechtstreeks onder de werking van de Wet Bopz? In de literatuur bestaat hier geen eenduidigheid over en de wetsgeschiedenis verschaft in deze evenmin duidelijkheid. (zie § 4.3)

6. Vastgesteld kan worden is dat de schakelbepaling van artikel 51 Wet Bopz in de praktijk veel onduidelijkheden met zich mee brengt (hoofdstuk 4) en onvolledig is ten aanzien van enkele juridische modaliteiten. Vooral het tweede lid levert in de praktijk onduidelijkheden op. Overwogen zou kunnen worden om het tweede lid te doen vervallen en in het derde lid (wordt tweede lid) als zelfstandige titel op te nemen: de observatieplaatsing (art. 13 Bvt), de overplaatsing vanuit een justitiële tbs-kliniek (art. 14 Bvt), de overplaatsing vanuit een penitentiaire inrichting (art. 15 lid 5 Pbw) en de overplaatsing vanuit een jeugdinrichting (art. 16 lid 5 BJJI). Dit heeft tot gevolg dat de betrokkenen qua interne rechtspositie rechtstreeks onder de werking van de Wet Bopz komen te vallen. Voor wat betreft de externe rechtspositie dienen de Bvt c.q. de Pbw c.q. de BJJI het kader te bieden. De plaatsingsprocedure dient met voldoende waarborgen omgeven te zijn, mede gezien in het licht van het EVRM. De betrokkenen dienen de mogelijkheid te hebben tot het instellen van beroep tegen een overplaatsingsbeslissing, welke beslissing mede dient voort te vloeien uit een door een psychiater geconstateerde psychische stoornis. (zie § 4.6.5, § 4.7.5 § 4.10.4 en § 4.12.4)

7. Het klachtrecht onder Wet Bopz en de WKCZ wordt door het merendeel van de respondenten in de forensisch psychiatrische sector te laagdrempelig bevonden; en wel zodanig dat dit de behandeling kan frustreren. Er bestaat sterk de behoefte aan een bemiddelingsprocedure met een maandcommissaris vergelijkbaar als die in de Bvt. Daarnaast wordt de behoefte gevoeld aan de instellingen tevens het recht tot het instellen van hoger beroep te verlenen. (zie § 5.1.3) Uit de gesprekken gevoerd met leden van klachtencommissies komt echter naar voren dat forensisch psychiatrische patiënten over het algemeen niet meer klagen in verhouding tot de reguliere psychiatrische patiënten. Het verdient nader onderzoek in hoeverre deze klachtregeling inderdaad als te laagdrempelig kan worden beschouwd aan de hand van ingediende klachten door forensisch psychiatrische patiënten die wel of niet gegrond zijn verklaard. (zie § 5.2.3)

8. Met een toename van jeugdige psychisch gestoorde gedetineerden bestaat in de forensische jeugdpsychiatrie behoefte aan zowel een uitbreiding van de capaciteit in FPA- dan wel FPK-verband en aan een strafrechtelijke pendant voor de maatregel van artikel 37 Sr en wel voor jongeren tussen de 12 en de 16 jaar. Een nadere, grondige behoeftepeiling is daartoe onontbeerlijk. Daarnaast kan worden gesteld dat de Wet Bopz te weinig specifiek is voor zowel de jeugdigen als de populatie van de sterk gedragsgestoorde en de licht verstandelijk gehandicapten,

daar het aan mogelijkheden ontbreekt op te treden vanuit pedagogisch oogpunt. (zie § 5.1.3)

Aanvullende aanbevelingen

9. Wanneer de met bijzondere voorwaarden veroordeelde patiënt, de voorwaardelijk geschorste patiënt, de tot tbs met voorwaarden veroordeelde patiënt, de patiënt wiens TBS voorwaardelijk is beëindigd, de patiënt wiens zaak voorwaardelijk is geseponeerd zich niet aan de voorwaarden houdt, worden selectief en om ondoorzichtige redenen de daaraan verbonden sanctie, volgens vele respondenten, niet uitgevoerd. Bij een aantal van deze sancties geldt als een stok achter de deur dat wanneer men zich niet aan de voorwaarden houdt, het voorwaardelijk deel in een onvoorwaardelijke sanctie wordt omgezet. In de praktijk blijkt dat deze stok achter de deur niet of onvoldoende effectief is.²⁰⁸

Tot slot voor wat betreft de voorwaardelijke modaliteiten komt uit het onderzoek naar voren dat op deze groep van patiënten meer drang wordt toegepast dan op patiënten op wie de Wet Bopz van toepassing is. De wetgever zou hier aandacht aan moeten besteden daar het de patiënten met een voorwaardelijke modaliteit ontbreekt aan rechtsbescherming door de Wet Bopz. (zie § 4.4-5 en § 4.14-16)

10. Een aantal verslavingsklinieken is aangemerkt als Bopz-instelling. Het dient te worden vermeld dat een opname met een rechterlijke machtiging dan wel een inbewaringstelling in deze instellingen zelden voorkomt. Uit onderzoek blijkt dat dergelijke instellingen geen civielrechtelijke machtiging verkrijgen slechts op grond van verslavingsproblematiek. Dus voor deze sector lijkt de Wet Bopz geen rol te spelen, dit terwijl een aantal verslavingsklinieken wel is aangewezen als Bopz-instelling. Het verdient aanbeveling nader onderzoek te doen naar de volgens sommigen bestaande behoefte wel te kunnen werken met de Wet Bopz binnen deze instellingen. (zie § 4.8)

11. Dit onderzoek bestrijkt niet alleen de autochtone maar ook de allochtone (forensisch) psychiatrische patiënten die onder de werking van de Wet Bopz vallen.

De eigen aard en de gestage toename van de allochtonenproblematiek in de penitentiaire en forensisch psychiatrische sectoren rechtvaardigen bij de volgende evaluatie van de Wet Bopz alleszins een afzonderlijk deelonderzoek naar deze problematiek. (zie § 5.2.4)

12. Zoals uit ander deelonderzoek is gebleken,²⁰⁹ voldoet het registratiesysteem Bopzis niet geheel. Voor de forensisch psychiatrische sector, zo blijkt uit het onderhavig deelonderzoek voldoet dit registratiesysteem geheel niet. Het bevat te weinig informatie over forensisch psychiatrische patiënten. Inzicht in patiëntenstromen vanuit en naar het gevangeniswezen en de TBS-sector wordt node gemist. Het opnemen en bijhouden in de Bopzis van de verschillende strafrechtelijke titels zoals in het voorgaande besproken, levert een bruikbare weg op voor informatie inzake (beleid en beheer van) forensisch psychiatrische patiënten. (zie § 5.3.1)

13. Actieve aanwezigheid van de officier van justitie tijdens zittingen van de rechtbank waarin verlening dan wel verlenging van de rechterlijke machtiging aan de orde is, wordt bepleit. De aanwezigheid van de Officier van Justitie heeft een duidelijke betekenis voor het therapeutisch proces, aangezien het de positie der procespartijen beter tot zijn recht doet komen en de (behandelend) psychiater minder in een gepolariseerde positie plaatst tegenover de forensisch psychiatrisch patiënt, tot wie hij later mogelijk weer in een therapeutische relatie staat. (zie § 5.3.2)

14. Scholing c.q. bij- en nascholing in relevante gezondheidsrechtelijke, penitentiairrechtelijke en

²⁰⁸ Nijdam, 1997, p. 286.

²⁰⁹ Evaluatie van het registratiesysteem Bopzis, 2001.

criminologische thema's voor de forensisch psychiatrische praktijk vergt permanent dan wel periodiek terugkerend de aandacht.

15. Thans hebben alle tbs-klinieken en forensisch psychiatrische klinieken een juridisch medewerker in dienst. Enkele algemeen psychiatrische ziekenhuizen, waaronder een forensisch psychiatrische afdeling ressorteert, hebben eveneens een juridisch consulent binnen hun gelederen. Bij de complexiteit van de verschillendsoortige en elkaar deels overlappende, deels aanvullende, deels conflicterende wetgeving, de toegenomen mondigheid van (forensisch) psychiatrische patiënten, het geleidelijk aan groeiend aantal klachtzaken en mede ten behoeve van de juridische permanente educatie van het personeel zij aanbevolen dat forensisch psychiatrische afdelingen die een capaciteit van boven de 20 plaatsen bereikt (hebben) in de personele formatie plaats inruimen voor een (part-time) juridisch medewerker. (zie § 5.4)

16. Nadere ontwikkeling van de professionele standaard voor het werken met forensisch psychiatrische patiënten is binnen de betrokken beroepsgroepen (psychiater, psycholoog, verpleegkundige en jurist) aangewezen teneinde een adequate en evenwichtige samenhang tussen beroepsethiek, bevoegdheden en deskundigheden in het werken met deze patiënten tot stand te brengen. Teneinde het wetenschappelijk discours binnen deze professies opnieuw leven in te blazen en de professionele standaard nader gestalte te geven, wordt aanbevolen dat de desbetreffende secties van de Beroepsverenigingen (zoals de Sectie forensische psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Sectie forensische psychologie en de Sectie Justitie van het Nederlands Instituut voor Psychologen, en de Vereniging voor Penitentiair Recht) over dergelijke onderwerpen consensusbijeentkomsten met hun leden beleggen (Zie § 5.5)

17. Nog al te vaak wordt patiënten de gang naar de rechter onthouden doordat hulpverleners geen aangifte (willen) doen en intern maatregelen treffen of doordat de politie of de officier van justitie de zaak seponeert. De strafrechtelijke excusering is bij uitstek een taak die aan de rechter toebehoort, al dan niet nader voorgelicht door gedragskundigen. (zie § 5.6)

18. Hoewel de complexiteit van wet- en regelgeving anders doet vermoeden hoeft de plaatsing van forensisch psychiatrische patiënten of van patiënten met een strafrechtelijk verleden niet perse in een forensisch psychiatrische kliniek of forensisch psychiatrische afdeling plaats te vinden. Wanneer een patiënt met een strafrechtelijk verleden moet worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis waar ook een FPK of FPA aan verbonden is, gebeurt het thans nog al te vanzelfsprekend dat deze patiënt dan in de FPK of FPA wordt geplaatst. Dit terwijl plaatsing op een andere afdeling evenzeer mogelijk en gerechtvaardigd is.

Door de plaatsing in een FPA en FPK als een ultimum remedium te beschouwen, kan strikt onnodig beslag op deze afdeling c.q. kliniek worden vermeden, waardoor capaciteit beschikbaar blijft. (zie § 5.6)

Literatuur

- Advies Forensisch Zorgbeleid Gevangeniswezen 2001. Een inventarisatie van de knelpunten rond de zorg voor psychisch gestoorde gedetineerden.* Den Haag, Ministerie van Justitie, DJI, 2001.
- Bakker, F.A.M., De tbs met voorwaarden. In: F.A.M. Bakker et al (red.), *Om ernstige zaken.* Deventer, Gouda Quint, 1999, p. 25-45.
- Barneveld, P.D., en F. Koenraadt (red.), *Geestelijke gestoorde in de strafrechtspleging. Een kwantitatief beeld.* 's-Gravenhage, Ministerie van Justitie, 1988.
- Bartels, J.A.C., N. Duits en W.B. Gunning, *Jeugdpsychiatrie en recht.* Assen, Van Gorcum, 1997.
- Berg, W.M.C. van den, en J.M. Harte, De TBS met voorwaarden. Ervaringen van het Pieter Baan Centrum met een nieuwe maatregel. *Sancties* (2001) 1, p. 22-32.
- Berghmans, R.L.P., Dwangmedicatie in penitentiaire inrichtingen: ethische aspecten. *Proces*, 78 (1999) 5/6, p. 71-74.
- Bergmans, R.L.P., en G.A.M. Widdershoven, *Dwang en drang in de psychiatrie. Ethische kanttekeningen bij een maatschappelijke discussie.* In: T.I. Oei en M. Groenhuisen (red.), Biesart, M.C.I.H., De Wet Bopz, enkele kwesties. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* (1997) 4, p. 202-214.
- Blaauw, E., en A. Kerkhof, *Suïcides in detentie.* 's-Gravenhage, Elsevier, 1999.
- Boer, A.T.J. de, et al, *Handboek Rechtspositie TBS-gestelden 2001/2002.* Den Haag, Sdu, 2001.
- Boer, J. de, De Hoge Raad en de BOPZ. *Nederlands Juristen Blad*, 69 (1994) 7, p. 218-222.
- Boode, W.M., *Dwang in noodsituaties.* Amsterdam, VU, 1996.
- Boone, M., en M. Dane, De normatieve grondslag voor schadevergoeding aan tbs-passanten. In: M. Moerings, C.M. Pelser en C.H. Brants (red.), *Morele kwesties in het strafrecht.* Deventer, Gouda Quint, 1999, p. 319-340. Pompe reeks nr 28.
- Borssum Waalkes, J.B. van, en J. Krul-Steketee, Grensverkeer tussen justitie en volksgezondheid. In: C. Kelk, et al (red.), *Harmonie en tegenspraak.* Arnhem, Gouda Quint, 1990, p. 55-78.
- Braam, S., *Plaatsing van gedetineerden in een psychiatrisch ziekenhuis. Een onderzoek naar het vrijhedenbeleid ten aanzien van gedetineerden in een psychiatrisch ziekenhuis en de belangen van het gevangeniswezen versus de belangen van de psychiatrie.* UU, 1999, scriptie.
- Brucken Fock, P. von, Proefverlof en voorwaardelijke beëindiging. In: J. Hendrickx, D. Raes en M. Zomer (red.), *Met menselijke maat. Verkenningen in de forensische psychiatrie.* Nijmegen, Pompekliniek, 1994, p. 167-180.
- Bulten, B.H., *Gevangen tussen straf en zorg. Psychische stoornissen bij jeugdige, kort gestrafte gedetineerden.* Deventer, Kluwer, 1998, diss. VU.
- Bulten, B.H., W. van Tilburg en J. van Limbeek, Psychopathologie bij gedetineerden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41 (1999) 10, p. 575-585.
- Carpay, M.M.I., M.J.A. Hulst en Th.F.J.J. van Iersel, Het slechten van barrières tussen justitie en de geestelijke gezondheidszorg. Projectmatige samenwerking met inschakeling van dual casemanagement. In: F. Koenraadt (red.), *Een spiegel van (straf)recht en psychiatrie.* Deventer, Gouda Quint, 2000, p. 411-422. (Het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, Nieuwe reeks deel 8).
- Carpentier, W.D. de, Het PSC als psycho-sociaal coördinatiecentrum. In: F. Koenraadt (red.),

- Behandelen of straffen. Gestoorden, verslaafden en jeugdigen.* Arnhem, Gouda Quint, 1994, p. 113-124. (Het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, Nieuwe reeks deel 6).
- Cleiren, C.P.M. en J.F. Nijboer, *Strafrecht Tekst en Commentaar.* Deventer, Kluwer, 2000.
- Cleiren, C.P.M. en J.F. Nijboer, *Strafvordering Tekst en Commentaar.* Deventer, Kluwer, 1999.
- Corstens, G.J.M., *Het Nederlandse strafprocesrecht.* Arnhem, Gouda Quint,
- Daniëls, D., Moet (dwang)behandeling in de penitentiaire inrichtingen mogelijk zijn ? In: H.J.C. van Marle en C.M. van Esch (red.), *Werk in uitvoering. Penitentiaire forensische psychiatrie.* Deventer, Gouda Quint, 1998, p. 161-177.
- Dhondt, J., Ziekenhuisbedden in plaats van cellen. *Sancties* (1997) 3, p. 143-145.
- Dijkers, W., BOPZ jurisprudentie 1994-1996. *Trema* (1997) 4, p. 153-160.
- Dijkers, W., Kroniek van de Wet BOPZ 1997, 1998 en 1999. *Trema* (2000) 2, p. 60-66.
- Duits, N., Wikken en beschikken. Dilemma's en organisatie van de Pro Justitia rapportage en de PIJ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55 (2000) 12, p. 1085-1098.
- Dute, J.C.J., Dwangmedicatie binnen het gevangeniswezen. *Proces*, 79 (2000) 7/8, p. 113-117.
- Emck, C., P.F. Schothorst en H. van Engeland, Psychosen bij jeugdigen. *Tijdschrift voor sychiatrie*, 43 (2001) 11, p. 757-765.
- Eindrapport van de Commissie ter beschikking gestelden.* Den Haag, Ministerie van Justitie, 1987.
- Emmerik, J.L. van, *De Terbeschikkingstelling in maat en getal. Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000.* Den Haag, Ministerie van Justitie, 2001.
- Emmerik, J.L. van, e.a., De tbs ter discussie, *Justitiële Verkenningen*, 25 (1999) 4.
- Eppink, A., Cross-culturele beoordeling. *Nederlands Juristenblad*, 59 (1983) 19, p. 603-607.
- Fokkens, J.W., et al (red.), *Overheid en patiënt. Ontwikkelingen in de forensische psychiatrie.* Arnhem, Gouda Quint, 1993.
- Gerrits, J., Invriezen of behandelen. In: F. Koenraadt (red.), *Behandelen of straffen. Gestoorden, verslaafden en jeugdigen.* Arnhem, Gouda Quint, 1994, p. 159-168. (Het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, Nieuwe reeks deel 6).
- Gestel, C.J. van, C.H. van Nieuwenhuizen en R.A. Achilles, *Artikel 37 Wetboek van Strafrecht: een zware last ?* Interne publicatie (2001)
- GGZ Nederland, *Vademecum forensische psychiatrie wetgeving.* Utrecht, Atlas, 2001.
- Godderis, J, L. van de Ven en V. Wils, *Handboek geriatrische psychiatrie.* Leuven/Apeldoorn, Garant, 1992.
- Goei, L. de, *Aan de andere kant. De grenzen van GGZ en de forensische psychiatrie.* Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1993.
- Goei, L. de, *Voor straf patiënt. Verslag uit de Forensisch Psychiatrische Kliniek van psychiatrisch ziekenhuis De Grote Beek te Eindhoven.* Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1990.
- Graaf, W. van de, en H.P.M. van Haaster, *Zolang kleur kleur heeft. Ervaringen van klanten met de forensische psychiatrie.* Amsterdam, Instituut voor Gebruikersparticipatie, 2001.
- Grand, B. le, Seksuele delinkwenten met een verstandelijke handicap onbehandelbaar ? In: J. Hendrickx, D. Raes en M. Zomer (red.), *Met menselijke maat. Verkenningen in de forensische psychiatrie.* Nijmegen, Pompekliniek, 1994, p. 51-74.
- Groot, M.F.M. de, De geneeskundige behandelingsovereenkomst in het strafrecht. *Ars Aequi*, 49 (2000) p. 543-548.
- Groot, M.F.M. de, Nieuwe wetgeving over de terbeschikkingstelling. *Ars Aequi*, 46 (1997) 2, p. 93-102.
- Haffmans, Ch., *De berechting van de psychisch gestoorde delinquent. Handleiding voor juristen bij vraagstukken op het raakvlak van strafrecht en psychiatrie.* Arnhem, Gouda Quint, 1989, diss. UvA.
- Harkink, T., Passant zijn passé ? *Proces*, 77 (1998) 9/10, p. 135-139.
- Harkink, T., *Voor de gek gehouden? Een vergelijking van de beveiliging en behandeling van de*

- plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis met de terbeschikkingstelling*. Scriptie UU, 1999.
- Hazewinkel-Suringa, D., en J. R Emmelink, *Inleiding tot de studie van het Nederlandse strafrecht*, Arnhem, Gouda Quint, 1995.
- Heine, B.J.G.T. ter, *Leve de verschillen! Wederom de relatie Justitie en de geestelijke gezondheidszorg*. *Sancties* (1998) 3, p. 1551-161.
- Hellinga, G., *Lastige lieden. Een inleiding over persoonlijkheidsstoornissen*. Amsterdam, Boom, 1999.
- Heuvelhorst, J., en M. Moerings, *Dwangmedicatie in de penitentiaire inrichting*. *Proces*, 76 (1997) 10, p. 171-175.
- Heuvelhorst, J., *Toediening van anti-psychotische medicijnen onder dwang aan psychisch gestoorde gedetineerden*. Utrecht, Willem Pompe Instituut, 1996, scriptie.
- Hoek, D.J. van, en J.A. Mastenbroek-Osté. *Visiedocument FPA*. Utrecht, GGZ Nederland, 2000.
- Hofstee, E.J., *TBR en TBS. De TBR in rechtshistorisch perspectief*. Arnhem, Gouda Quint, 1987. diss. KUN.
- Hofstra, A., *De interne rechtspositie ingevolge de wet Bopz en de Beginselenwet TBS: een vergelijking*. UU, 2000, scriptie.
- Hubben, J.H., *De Wet BOPZ en de opgenomen patiënt*. *Nederlands Juristen Blad* (1994) 7, p. 213-217.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Het algemeen toezicht op de justitiële tbs-inrichtingen in 2000*. Den Haag, 2001.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Gevaar in de wet Bopz, het gevaarscriterium bij opname en ontslag Bopz*. Den Haag, 2000.
- Jong, E.J.C. de, *Gedwongen (forensisch) geneeskundige handelingen bij verdachten, gedetineerden en ter beschikking gestelden*. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* (1997) 2, p. 74-86.
- Jonge, H. de, en T. Knol, *Passanten in behandeling; mogelijkheden en consequenties*. *Sancties*, (2000) 3, p. 156-162.
- Jonkers, W.H.A. (red.), *Het penitentiair recht*. Deventer, Gouda Quint (losbladige uitgave).
- Jonkers, W.H.A., *Maximering terbeschikkingstelling*. In: *Beginselen: opstellen over strafrecht aangeboden aan G.E. Mulder*. Arnhem, Gouda Quint, 1981, p. 117-121.
- Jörg, N. en C. Kelk, *Strafrecht met mate*. Gouda Quint, 10^e druk, 1998.
- Junger, M., en A.M. van der Laan, *Delinquentie en gezondheidsgedrag*. *Proces*, 78 (1999) 78, p. 57-61.
- Kelk, C., *De medische verzorging van gedetineerden*. In: In: M. Boone en G. de Jonge (red.), *De Penitentiaire Beginselenwet in werking*. Deventer, Gouda Quint, 2001, Pompe reeks deel 35, p. 79-110.
- Kelk, C., en Ch. Haffmans, *De strafrechtelijke maatregelen en het tanende tweesporenstelsel*. In: *Gedenkboek Honderd jaar Wetboek van Strafrecht*. Arnhem, Gouda Quint, 1986, p. 333-347.
- Kelk, C., et al (red.), *Harmonie en tegenspraak*. Arnhem, Gouda Quint, 1990.
- Kelk, C., *Gezondheidszorg voor gedetineerden*. Preadvies uitgebracht ten behoeve van de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 3 april 1998.
- Kelk, C., *Nederlands detentierecht*. Deventer, Gouda Quint, 2000.
- Kelk, C., *Recht voor geïnstitutionaliseerden. De functies van het recht in penitentiaire inrichtingen, psychiatrische ziekenhuizen en andere totale instituties*. Arnhem, Gouda Quint, 1983, oratie UU.
- Klippe, C.J., & P.P.J.N. van Ginneken, *Beheersproblemen met forensisch psychiatrische patiënten in de intramurale GGZ*. Utrecht, Trimbos Instituut, 2000.
- Klippe, H. van de, *Criteria voor dwangbehandeling*, In: F.A.M. Bakker et al (red.), *Om ernstige zaken. Opstellen ter gelegenheid van het vijftigjarig bestaan van het Pieter Baan Centrum*. Deventer, Gouda Quint, 1999, p. 89-98.

- Klippe, H. van de, *Dwangtoepassing na onvrijwillige psychiatrische opname. Een juridische beschouwing*. Nijmegen, Ars Aequi Libri, 1997, diss. UvA.
- Klippe, H. van de, Moet de wet Bopz worden gewijzigd? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53 (1998) 5, p. 524-529.
- Koenraadt, F., (red.), *Een spiegel van (straf)recht en psychiatrie*. Deventer, Gouda Quint, 2000 (Verslagen van het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, Nieuwe reeks deel 8).
- Koenraadt, F., De beroepsethiek van de psycholoog in zijn relatie tot het strafrecht. In: M. Moerings, C.M. Pelser en C.H. Brants (red.), *Morele kwesties in het strafrecht*. Deventer, Gouda Quint, 1999, p. 361-376. Pompe reeks nr 28.
- Koenraadt, F., Dwang en behandeling in detentie. *Sancties*, (1997) 3, p. 146-153.
- Koenraadt, F., en P.J. Hermans, *De marges van dwangtoepassing in de klinische psychiatrie. Een empirisch onderzoek*. Utrecht, Willem Pompe Instituut, 1989.
- Koenraadt, F., et al (red.), *Forensische jeugdpsychologie. Rapportage en behandeling in het familie- en jeugdrecht*. Arnhem, Gouda Quint, 1993.
- Koenraadt, F., Psychiatrie als professie: domein en bereik. In: Kelk, C. e.a. (red.). *Grenzen en mogelijkheden. Opstellen over en rondom de strafrechtspleging*. Nijmegen, Ars Aequi Libri, 1984, p. 44-59.
- Koenraadt, F., en E. van Vloten, Forensisch psychiatrische rapportage en cultuurconflict. Een randprobleem in een randgebied. *Nederlands Juristenblad*, 57 (1982) 35, p. 953-964.
- Koningsveld, F.E., E.J. Colon, B.C.M. Raes, Levensdelicten gepleegd door patiënten in de intramurale gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43 (2001) 1, p. 49-53.
- Kordelaar, W.F. van, Het rapport van de Commissie Noordsingel. *Sancties* (1996) 6, p. 316-328.
- Krul-Steketee, J., Ontwikkelingen in de TBR/TBS in de afgelopen vijf en twintig jaar. *Trema* (1996) 9, p.288-293.
- Kuijjer, M., *Artikel 5 EVRM en de (procedurele) bescherming van de psychiatrische patiënt*. In: Lawson, R.A., en E. Meyer (red.), 50 jaar EVRM. Leiden, Stichting NJCM-Boekerij, 2000, p. 61-83.
- Kuperus, H., Een forensisch psychiatrische praktijk anno 1996. In: F. Koenraadt (red.), *Een spiegel van (straf)recht en psychiatrie*. Deventer, Gouda Quint, 2000, p. 25-36. (Het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, Nieuwe reeks deel 8).
- Laemers, M.T.A.B., P.C. Vegter, J.P.S. Fiselier, *Evaluatie Penitentiaire Beginselenwet en Penitentiaire Maatregel*. Nijmegen, Instituut Toegepaste Sociologie, 2001
- Landen, D. van der, *Straf en maatregel. Een onderzoek naar het onderscheid tussen straf en maatregel in het strafrecht*. Arnhem, Gouda Quint, 1992, diss. KUB.
- Laurs, P., *Recht voor psychiatrische patiënten. Een onderzoek naar de rechtsbescherming voor in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen patiënten*. Arnhem, Gouda Quint, 1988, diss. UU.
- Laurs, P.J.H. (red.), *Handboek voor Opneming en Verblijf*, losbladig, Arnhem, Gouda Quint.
- Leenaars, P.E.M., en A.M.J. de Kuiper, Psycho-medische zorg en het psycho-medisch overleg, In: T.I. Oei en A.M. van Kalmthout, *Psychiatrie en justitiabelen*. Deventer, Gouda Quint, 1997, p. 153-164.
- Leenaars, P.E.M., en B. Smits, Penitentiair Selectie Centrum: de praktijk van selectie en indicatiestelling binnen justitieel kader. In: T.I. Oei en M. Groenhuijsen (red.), *Forensische Psychiatrie anno 2000*. Deventer, Gouda Quint, 2001, p. 197-212.
- Legemaate, J., et al, Het klachtrecht van de Wet Bopz: resultaten van het evaluatie-onderzoek. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* (1997) 5, p. 262-272.
- Legemaate, J., H.A.R.M.T. Teijssen, Aanpassing van de Wet Bopz na de evaluatie? *Rechtshulp* (1999) 6/7, p. 2-9.
- Legemaate, J., Het spanningsveld tussen psychiatrie en recht. Enkele beschouwingen naar

- aanleiding van de evaluatie van de Wet Bopz. *Rechtshulp* (1997) 11, p. 10-16.
- Leuw, E., en N. Mertens, *Tussen recht en ruimte. Een eerste evaluatie van de tbs-wetgeving van 1997*. Den Haag, Ministerie van Justitie, WODC, 2001.
- Leuw, E., *Recidive na ontslag uit tbs*. Deventer, Gouda Quint, 1995.
- Marle, H.J.C. van, Dwangbehandeling in de Beginselenwet TBS: In: J.P. Balkema et al, *Dynamisch strafrecht*, Deventer, Gouda Quint, 1999, p. 241-250.
- Marle, H.J.C. van, en C.M. van Esch (red.), *Werk in uitvoering. Penitentiaire forensische psychiatrie*. Arnhem, Gouda Quint, 1998.
- Marle, H.J.C. van, Justitiële gezondheidszorg: van nood naar deugd. *Proces*, 73 (1994) 2, p. 31-36.
- Mevis, P.A.M., Rechtspositie van de psychiatrische patiënt, In: Jonkers, *Het penitentiair recht*, (losbl.), Deventer: Gouda Quint, p. IX-135(suppl. 48, juli 1998).
- Moerings, M., en W. Zandbergen, Dwangmedicatie tussen de muren. Een juridische toetsing. In: M. Boone en G. de Jonge (red.), *De Penitentiaire Beginselenwet in werking*. Deventer, Gouda Quint, 2001, Pompe reeks deel 35, p. 111-124.
- Moerings, M., Isolatie: noodsprong of beleid? Afzondering in de FOBA. In: F. Koenraadt (red.), *Behandelen of straffen. Gestoorden, verslaafden en jeugdigen*. Arnhem, Gouda Quint, 1994, p. 169-176. (Het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, Nieuwe reeks deel 6).
- Mol, E., en P. Stalman, Ketens uit de kast. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55 (2000) p. 1123-1130.
- Mooij, A.W.M., et al (red.), *De persoon van de verdachte. De pro-justitia rapportage vanuit het Pieter Baan Centrum*. Arnhem, Gouda Quint, 1995, tweede herziene druk.
- Mooij, A.W.M., *Psychiatrie, recht en de menselijke maat. Over verantwoordelijkheid*. Amsterdam/Meppel, Boom, 1998.
- Mulder, J.A., Forensisch psychiatrische dagbehandeling in het kader van detentiefasering. *Sancties* (1995) 2, p. 77-82.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies Forensische psychiatrie en haar raakvlakken*. Zoetermeer, 1991, deel 1; 1992, deel 2.
- Niemandsverdriet, J.R. en J. Krul-Steketee, Een gelijkwaardige positie voor forensisch psychiatrische patiënten. *Sancties* (1995) 1, p. 7-15.
- Nijdam, J.R., Forensisch psychiatrische zorg bezien vanuit de GGZ. *Sancties* (1997) 5, p. 284-293.
- Nijssen, A., en P. Bal, *Voorzieningen voor de behandeling en bejegening van psychisch gestoorde delinquenten. Een internationaal vergelijkende studie*. Leiden/ Maastricht, Research voor Beleid/METRO, 1995 (inclusief bijlagenrapport)
- Noorlander, E., Verslavingsbehandeling in een tbs-setting. In: F. Koenraadt (red.), *Een spiegel van (straf)recht en psychiatrie*, Deventer, Gouda Quint, 2000, p. 297-302.
- Nota Forensische Psychiatrie*. Utrecht: College voor ziekenhuisvoorzieningen, augustus 1987.
- Noyon, et al, *Wetboek van Strafrecht*, losbladige uitgave.
- Oei, T.I., De forensisch psychiater: intermediair tussen rechterlijke instanties en volksgezondheid. *Proces*, 79 (2000) 1/2, p. 25-26.
- Oei, T.I., en A.M. Kalmthout, *Psychiatrie en justitiabelen*. Deventer, Gouda Quint, 1997.
- Oei, T.I., en M.S. Groenhuijsen, *Forensische psychiatrie anno 2000. Actuele ontwikkelingen in breed perspectief*. Deventer, Gouda Quint, 2000.
- Ooyen-Houben et al, *Richtlijn Wet Bopz en pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugd psychiatrie*. Utrecht, Trimbos-instituut i.s.m. GGZ Nederland, 1999.
- Oppedijk, D.W., De ontoereikendheid van het gevaarscriterium: een reactie. *Sancties* (1998) 2.
- Oppedijk, J.W., Afstemming van behandelvraag en aanbod binnen justitie. *Proces*, 74 (1995) 3/4, p. 59-63.
- Panhuis, P.J.A. van, *De psychotische patiënt in de TBS, van kwaad tot erger*. Deventer, Gouda

- Quint, 1997, diss. RUL.
- Panhuis, P.J.A. van, Geweld en psychotische ziekte. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42 (2000) 11, p. 793-802.
- Perik, J.C.A., De professionele beheersing van geweld in een kliniek. *Proces*, 78 (1999) 3/4 p. 47-49.
- Pieck, N, en M. Tophoff, Psychotherapie in onvrijheid; een bericht uit de gevangenis. In: F. Koenraadt en S.J. Steenstra (red.), *Forensische psychologie. Rapportage en behandeling in het straf(proces)recht*. Arnhem, Gouda Quint, 1994, p. 139-147.
- Plempers, E., *Terug in de maatschappij. Plaatsing en begeleiding van forensische psychiatrische patiënten in RIBW's*. Utrecht, Verwey-Jonker Instituut, 1998.
- Protocol Indicatiestelling Forensische Zorg*, (IOG) juni 1999.
- Raes, B.C.M., A.G. Miedema, L.J. Paesen, De grenzen tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43 (2001) 8, p. 575-578.
- Raes, B.C.M., en F.A.M. Bakker (red.), *De psychiatrie in het Nederlandse recht*. Deventer, Gouda Quint, 1999, derde druk.
- Rapport Commissie Beleidsvisie Tbs, *Veilig en wel*. Den Haag, Ministerie van Justitie, 2001.
- Rapport van de Commissie Noordsingel*, Den Haag, Ministerie van Justitie, 1996.
- Rapport van de Commissie *Psychiatrische/Therapeutische Voorzieningen Gevangeniswezen*. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1983.
- Rapport *Zorg vóór-durend delictgevaarlijke TBS-verpleegde*. 's-Gravenhage, Ministerie van Justitie, 1998.
- Reidnied, J., De doelgroep en doelstelling van het penitentiair programma onder de PBW. In: M. Boone en G. de Jonge (red.), *De Penitentiaire Beginselenwet in werking*. Deventer, Gouda Quint, 2001, Pompe reeks deel 35, p. 35-58.
- Sancties op maat. Eindrapport van de Commissie TBS en Sanctietoepassing Geestelijk Gestoorte Delinquenten*. 's-Gravenhage, Ministerie van Justitie, 1993.
- Schepers, P.C.P.M., Forensische behandeling binnen een Huis van Bewaring. *Proces*, 79 (2000) 3/4, p. 55-57.
- Schoemaker, C., en G. van Zessen, *Psychische stoornissen bij gedetineerden. Een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen*. Utrecht, Trimbos Instituut, 1997.
- Sluifjters, B. e.a., *Gezondheidsrecht Tekst en Commentaar*. Deventer, Kluwer, 1999.
- Smeets, R.W.M., De inspectie voor de gezondheidszorg en de Penitentiaire Beginselenwet. *Proces*, 78 (1999) 5/6, p. 75-79.
- Smits, B.G., De therapie-afdeling van het PSC; een behandelgevangenis. In: F. Koenraadt (red.), *Behandelen of straffen. Gestoorden, verslaafden en jeugdigen*. Arnhem, Gouda Quint, 1994, p. 125-134. (Het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, Nieuwe reeks deel 6).
- Soetenhorst-de Savorin Lohman, J., *Samenhang in de hulpverlening aan justitie-cliënten*. Rijswijk, Sociaal en Cultureel Planbureau, 1985.
- TBS een bijzondere maatregel*. Den Haag, Ministerie van Justitie, 1991.
- Tervoort, M., Dwang, drang en motivatie tot forensisch psychiatrische zorg. *Proces*, 79 (2000) 3/4, p. 58-63.
- Tervoort, M., Voorkomen en beperken van dwang in een Forensisch Psychiatrische Kliniek. *Proces*, 75 (1996) 3, p. 56-62.
- Tervoort, M.G.A., De pré-FPK te Assen. Een nieuwe loot aan de forensisch psychiatrische stam. *Proces*, (1994) 3, p. 62-66.
- Tervoort, M.G.A., Het netwerk forensisch psychiatrische voorzieningen noord. *Proces*, 77 (1998) 7/8, p. 119-122.
- Tuinen, K. van, De behandelgevangenis, een contradictio in terminis. In: F. Koenraadt (red.), *Behandelen of straffen. Gestoorden, verslaafden en jeugdigen*. Arnhem, Gouda Quint, 1994, p. 101-112. (Het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, Nieuwe reeks deel 6).

- Tuinen, K. van, Multi-functionele forensische centra binnen de GGZ. *Sancties* (1996) 6, p. 329-335.
- Tuinier, S., *De psychiater en de wilde man. Een veldstudie over de relatie psychiatrisch syndroom en criminaliteit*. Amsterdam, Duphar Nederland, 1989, diss VU.
- Veldhuizen, J.R. van, Zorgverlamming. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53 (1998) 12, p. 1175-1185.
- Verhagen, T., M. Philipse en M.-J. Smits (red.), *2001: forensisch psychiatrische thema's in theorie en praktijk*. Nijmegen, Pompestichting, 2001.
- Vliet, J. van en J.P. Wilken, *Ons kent ons... de praktijk van samenwerking in de forensische zorg*, Amsterdam, SWP, 2001.
- Vliet, J. van, *Morgen gaat het beter, beter, beter... Verslag van het project "actie-plan uitstroom TBS*, Den Haag, Ministerie van Justitie, DJI, juni 1998.
- Vliet, J. van, *Veranderingen in de TBS. Proces*, 79 (2000) 5/6, p. 88-90.
- Widdershoven, T.P., Justitiële verblijfstitels. In: P.J.H. Laurs (red.), *Handboek voor Opneming en Verblijf*. Arnhem, Gouda Quint, (losbladige uitgave) 2000, p.C1/art.51-1 – 1298.
- Wijnheymer, L., E. Blaauw en M. Veen, *Houden of weggeven? Over problemen met de opvang van psychisch gestoorde gedetineerden*. *Sancties* (1998) 3, p. 145-154.
- Wilken, J.P., J. Klamer, J. Bröker, *Grensstroom. Een onderzoek naar cliëntenstromen en kenmerken van forensisch psychiatrische klinieken en forensisch psychiatrische afdelingen in het veld van GGz en Justitie*. Bilthoven, Storm Rehabilitatie, 1999.
- Winkels, M., *De binnenkooi*. Groningen, Wolters-Noordhoff, 1991, diss RUG.
- Wolleswinkel, M., *Moeders in detentie*. In: F. Koenraadt (red.), *Een spiegel van (straf)recht en psychiatrie*. Deventer, Gouda Quint, 2000, p. 331-343. (Het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap, Nieuwe reeks deel 8).
- Wolleswinkel, M., *Vrouwen in detentie*. In: M. Boone en G. de Jonge (red.), *De Penitentiaire Beginselenwet in werking*. Deventer, Gouda Quint, 2001, Pompe reeks deel 35, p. 59-77.
- Wurzer-Leenhouts, S.M., *De Forensisch psychiatrische kliniek*. *Sancties* (1993) 5, p. 299-303.
- Yesilgöz, Y., *Allah, satan en het recht. Communicatie met Turkse verdachten*. Arnhem Gouda Quint, 1995. diss UU.

Kamerstukken

- Kamerstukken II* 1970-1971, 11 270, nr. 3
- Kamerstukken II* 1979-1980, 11 270, nr.12
- Kamerstukken II* 1990-1991, 21 239, nr. 7
- Kamerstukken II* 1994-1995, 23 445, nr. 9
- Kamerstukken II* 1989-1990, 21 327, nr. 3
- Kamerstukken II* 1994-1995, 24 256, nr. 3
- Kamerstukken II* 1994-1995, 24 256, nr. 6
- Kamerstukken II* 1995-1996, 24 669, nr. 3
- Kamerstukken II* 1997-1998, 26 016, nr. 3
- Kamerstukken II* 1998-1999, 26 527, nr. 5
- Kamerstukken II* 1998-1999, 26 527. nr. 3
- Kamerstukken II* 1999-2000, 26 527, nr. 5.

Aanwijzing als psychiatrisch ziekenhuis, *Staatscourant* 25 januari 2000, nr. 17/p. 12

Aanmerking als instelling bedoeld in artikel 1 Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, *Staatscourant* 26 juni 2001, nr. 120.

Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden, *Staatscourant* 12 september

2000, nr. 176/p. 17.

Regeling plaatsing en overplaatsing jeugdigen, *Staatscourant* 15 augustus 2001, nr. 156/ p. 9.

Aanwijzing plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (PZ-maatregel) op grond van artikel 37, lid 1 WvSr, *Staatscourant* 26 april 2001, nr. 81/p. 16.

Wet van 22 juni 2000, *Staatsblad* 2000, nr. 292.

Jurisprudentie

EHRM 24 oktober 1979, *NJ* 1980, nr. 114

EHRM 28 mei 1985, *NJ* 1991, nr. 623

EHRM 15 november 1996, *NJ* 1998, nr. 203

EHRM 24 oktober 1997, *NJ* 2000, nr. 47

EHRM 30 juli 1998, *NJ* 2000, nr. 416

HR 25 mei 1990, *NJ* 1990, nr. 826

HR 31 augustus 1990, *NJ* 1990, nr. 830

HR 6 november 1990, *NJ* 1991, nr. 274

HR 27 februari 1998, *kBJ* 1998, nr. 22

HR 5 juni 1998, *NJ* 1998, nr. 741

HR 20 november 1998, *NJ* 1999, nr. 174

Hof 's-Gravenhage 21 januari 1999, *NJ* 2000, nr. 111

Hof Amsterdam 25 februari 1999, *Sancties*, afl. 4, 1999

Rechtbank 's-Hertogenbosch 20 november 1997, *kBJ* 1998, nr. 13

Rechtbank Amsterdam 13 april 1999, *kBJ* 1999, nr. 44

Rechtbank Roermond 17 mei 1999, *NJ* 1999, nr. 639

Rechtbank Utrecht 11 augustus 1999, *BJ* 1999, nr. 66

Rechtbank Utrecht 2 februari 2001, *BJ* 2001, nr. 33

Rechtbank Amsterdam 5 juli 2000, *BJ* 2000, nr. 60

Rechtbank 's-Hertogenbosch 6 maart 2001, *BJ* 2001, nr. 48

Beroepscommissie tbs 17 februari 1999, *Sancties*, afl. 4, 1999

Klachtencommissie GGzE Eindhoven 14 januari 1998, *kBJ* 1998, nr. 71.

Klachtencommissie GGzE Eindhoven, klacht 2001/56

Klachtencommissie GGzE Eindhoven, klacht 2001/103

Afkortingen

A-G	Advocaat-Generaal
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
BIBA	Beveiligde Individuele Begeleidings Afdeling
BJJI	Beginselenwet Justitiële Jeugdinstellingen
Wet Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
Bvt	Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden
BZA	Bijzondere Zorg Afdeling
CvT	Commissie van Toezicht
DJI	Dienst Justitiële Instellingen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBI	Extra Beveiligde Instelling
EHRM	Europees Hof voor de rechten van de mens
EVRM	Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden
FOBA	Forensische Observatie- en Begeleidingsafdeling
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPD	Forensisch Psychiatrische Dienst
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
ggz	geestelijke gezondheidszorg
HR	Hoge Raad
hvb	Huis van Bewaring
IBA	Individuele Begeleidings Afdeling
ibs	inbewaringstelling
jo.	juncto
KIB	kliniek voor intensieve behandeling
LAA	Landelijke Afzonderings Afdeling
MvA	Memorie van Antwoord
MvJ	Minister van Justitie/ Ministerie van Justitie
MvT	Memorie van Toelichting
NJ	Nederlandse Jurisprudentie
NJB	Nederlands Juristenblad
OM	Openbaar Ministerie
ots	ondertoezichtstelling
OvJ	officier van justitie
PBC	Pieter Baan Centrum
PI	Penitentiaire Informatie
p.i.	penitentiaire instelling
PIJ	Plaatsing in een justitiële jeugdinstelling.
Pbw	Penitentiaire beginselenwet
PMO	Psycho Medisch Overleg
PJG	Psychiatrisch Juridisch Gezelschap
PSC	Penitentiair Selectiecentrum
pvp	patiëntenvertrouwenspersoon
Rb	(arrondissements)rechtbank
R-C	Rechter-Commissaris

rm	rechterlijke machtiging
Rvt	Reglement verpleging ter beschikking gestelden
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
tbs	terbeschikkingstelling
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector

Bijlage 1:

samenstelling van de adviesgroep

De adviesgroep bij dit deelonderzoek bestond uit:

Mr. drs F.A.M. Bakker,	rechter in de arrondissementsrechtbank te Rotterdam en voormalig hoofd juridische zaken in het Pieter Baan Centrum te Utrecht;
Prof. mr. C. Kelk,	hoogleraar straf(proces)recht en penitentiair recht aan de Universiteit Utrecht en raadsheer-plaatsvervanger in het Gerechtshof te Amsterdam;
Prof. mr. J. Legemaate,	hoogleraar gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam;
Mr. dr. L.M. Moerings,	universitair hoofddocent penitentiair recht en penologie aan de Universiteit Utrecht;
Prof. dr. A.W.M. Mooij,	hoogleraar forensische psychiatrie aan de universiteiten Utrecht en Groningen;
Prof. dr B.C.M. Raes,	bijzonder hoogleraar forensische psychiatrie aan de Vrije Universiteit Amsterdam;
Mevr. mr. M. Roozendaal,	juridisch medewerkster GGzE te Eindhoven;
Mr. H. Siebering,	juridisch medewerker in de dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen en bij de Forensisch Psychiatrische Diensten in het Hofressort Leeuwarden.

Bijlage 2:

interview-onderwerpen

Lijst van aandachtspunten bij de interviews

1 Opname in een Bopz-instelling

- Hoe verloopt de aanmeldings- en opnameprocedure binnen de instelling voor forensisch psychiatrische patiënten?
- In hoeverre is binnen het psychiatrisch ziekenhuis duidelijk op grond van welke juridische titel betrokkene wordt opgenomen?

2 Verblijf in een Bopz-instelling

Wetgeving en praktijk

- In hoeverre is duidelijk welke patiënten onder de werking van de Wet Bopz ressorteren en welke patiënten niet?
- Wordt er binnen het pz een onderscheidt gemaakt tussen een reguliere psychiatrische patiënt en een forensisch psychiatrische patiënt? Bijvoorbeeld op het gebied van (dwang) behandeling en het toepassen van middelen en maatregelen?
- In welke opzichten onderscheidt de dwangtoepassing ten aanzien van psychisch gestoorde gedetineerden zich in de praktijk van andere patiënten die eveneens onder het regime van de Wet Bopz dwangtoepassing ondergaan?
- Indien er incidenten plaats vinden op de afdeling wordt er dan bij forensisch psychiatrische patiënten een soortgelijke of andere handelwijze gehanteerd bij het toepassen van dwangmiddelen?
- Rijzen er problemen met forensisch psychiatrische patiënten die 'vrijwillig' in het psychiatrisch ziekenhuis verblijven in het kader van een strafrechtelijke voorwaarde?
- In hoeverre wordt er dwang/drang uitgeoefend op deze patiënten. Is binnen de instelling hun rechtspositie duidelijk?
- Genieten zij voldoende rechtsbescherming?
- In een psychiatrisch ziekenhuis is de geneesheer-directeur bevoegd betrokkene te ontslaan indien het gevaar dat voortvloeide uit de stoornis is geweken. Komt het wel eens voor dat het ontslagrecht van de Wet Bopz wordt toegepast indien betrokkene een forensisch psychiatrische patiënt is, waarvoor de minister van Justitie de verantwoordelijkheid draagt?
- Biedt de interne rechtspositie van de Wet Bopz, die van toepassing kan zijn op ter beschikking

gestelden, een goed kader voor deze groep van forensisch psychiatrische patiënten?

Klachtrecht

- Worden de klachten afkomstig van een forensisch psychiatrische patiënt op een gelijke wijze behandeld als die van een reguliere psychiatrische patiënt?

Verantwoordelijkheid ministerie van justitie

- Hoe werkt de verantwoordelijkheid van het ministerie van justitie voor forensisch psychiatrische patiënten die onder de werking van de Wet Bopz vallen in de praktijk uit? Zijn de regelingen omtrent verantwoordelijkheden en de bevoegdheden met betrekking tot forensisch psychiatrische patiënten helder?

Differentiatie

- Vindt er binnen de kliniek differentiatie plaats naar mannelijke en vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten en naar autochtone en allochtone forensisch psychiatrische patiënten?

- Rijzen er verder nog problemen met betrekking tot de werking van de Wet Bopz en de forensisch psychiatrische patiënten?

Bijlage 3:

Geïnterviewde referenten

drs. van Alphen, psychiater, behandelcoördinator vervolgbehandeling jeugd, De Jutter, Parnassia, Den Haag

mr. C. Bakker, juriste, Tbs-kliniek De Kijvelanden, Poortugaal

drs. G. Bakker psychiater, behandelcoördinator, FPK, GGZ Drenthe, Assen

drs. H. Beentjes, psycholoog, FPA Heiloo, locatie Willibrord, Heiloo

drs. R.H.P. van Beest, psychiater, geneesheer-directeur, Parnassia, Den Haag

drs. C.M.S.R. Bik-Bakker, psychiater, inspecteur regio Brabant en Limburg, Den Bosch

K. Blauw, B-verpleegkundige, FPA Eikensteijn, Zuid-Laren, Stichting GGZ Groningen

J. de Boer, maatschappelijke werker, Groot Emaus, Ermelo

drs. W. Den Boer, psycholoog, zorgmanager, De Catamaran, Stichting GGzE, Eindhoven

mr. T.E de Boer-Stikker, juriste, GGZ Nederland, Utrecht

mr. A. Blok, juriste, en een aantal pvp'ers afkomstig uit het forensisch psychiatrisch veld, Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon, Utrecht

mr. Boon-Niks, rechter en lid van de klachtencommissie, Hoeve Boschoord, Vledder

R. Bouma, ambt. secretaris klachtencommissie, Stichting Medisch Spectrum Gelderland Oost, Warnsveld

E. Broersma, ambt. secretaris klachtencommissie GGz Drenthe, Assen

drs. D. Daniëls, psychiater, hoofd FPD, Arnhem

W. Dekker, ambt. secretaris klachtencommissie GGZ Noord Holland Noord, Heiloo

P. Dingemans, behandelcoördinator, FPA De Mare, Bergen op Zoom

drs. N. Duits, jeugdpsychiater, FPD Amsterdam

H. Eikman, voorzitter klachtencommissie, GGZ westelijk Noord Brabant, Bergen op Zoom

A. Franssen, behandelcoördinator, FPK GGzE te Eindhoven

drs. G. Göktas, psychiater, De Catamaran, Stichting GGzE, Eindhoven

W. van den Graaf, onderzoeker, Instituut Gebruikersparticipatie en Beleid, Amsterdam

drs. B. van Gunnewijk, psychiater, jeugd FOBA, De Hartelborgt, Spijkenisse

dr. H.P.M. van Haaster, onderzoeker, Instituut Gebruikersparticipatie en Beleid, Amsterdam

drs. R. Hanhart, psychiater, behandelcoördinator, FPK, GGZ Drenthe, Assen

drs. C. Hajer, psychiater, de Fjord (Kinder- en jeugdpsychiatrie), Capelle a/d IJssel

drs. M. Hassing, beleidspsychiater, FPA Heiloo, locatie Willibrord, Heiloo

drs. C. Hesse, directeur en psycholoog, Hoeve Boschoord, Vledder

drs. P. Jessurun, psychiater, FPK De Meren, Amsterdam

mevr. Keet, ambtelijk secretaris klachtencommissie, Gelderse Roos, Wolfheze

F. Kerkhof, beleidsmedewerker, Ministerie van Justitie, DJI, Den Haag

Mr. J. Knap, advocaat te Amsterdam

B. Koeberg, casemanager, FPA Heiloo, locatie Willibrord, Heiloo

drs. F. Kok, Inspectie Geestelijke Gezondheidszorg, Ministerie van VWS, Den Haag

drs. A. Kommers, psychiater, FPA De Mare, Bergen op Zoom

drs. L. Kriekaert, psycholoog, behandelcoördinator, Groot Emaus

drs. H. Kuperus, psychiater en hoofd behandeling, FPK GGzE te Eindhoven

drs. Kwee, psycholoog, behandelcoördinator, FPK, GGZ Drenthe, Assen

drs. P. Lammers, psychiater, FPA Eikensteijn, Zuid-Laren, Stichting GGZ Groningen

drs. T. Van Lent, psychiater, FPA Parnassia, Den Haag
drs. J. Lucieer, psychiater, waarnemend hoofdinspecteur, Geneeskundige Hoofdinspectie, Den Haag
drs. B. Lutjenhuis, psychologe en beleidsmedewerkster, Hoeve Boschoord, Vledder
drs. J. de Later, FPK, GGzE te Eindhoven
drs. J. De Man, psychiater en hoofd FPD, Den Haag
drs. J. Mastenbroek, beleidsmedewerkster, GGZ Nederland, Utrecht
drs. Modders, psychiater, FPA Kompas, De Gelderse Roos, Wolfheze
drs. E. Mol, psychiater, hoofd FPD, Amsterdam
mr. G. Nederpelt, juriste, FPK De Meren, Amsterdam
drs. J.R. Nijdam, psychiater, FPA Venray, Vincent van Gogh Instituut, Venray
drs. A.J. Nijssen, directeur van het SCO-Kohnstamm Instituut.
J. van Nieuwkoop, afdelingshoofd, FPA Parnassia, Den Haag
S. Odekerken, lid klachtencommissie, Altrecht, Den Dolder
mr. A. Pijlman, juriste, FPA Roozenburg, Altrecht, Den Dolder
drs. Mevr. Provost, psychiater Groot Emaus, Ermelo
drs. A. van Reekum, psychiater, FPA Roozenburg, Altrecht, Den Dolder
mr. E. Roelofsen-de Bruin, juriste, voorzitter klachtencommissies, GGzE Eindhoven en Vincent van Gogh Instituut, Venray
mevr. M. Roosien, clustermanager, Groot Emaus, Ermelo
mr. M. Roozendaal, juriste, FPK GGzE te Eindhoven
drs. F.A.A. van Schijndel, onderzoeker, De Catamaran, Stichting GGzE, Eindhoven
drs. P. Schouten, psycholoog en behandelcoördinator, FPA Warnsveld,
drs. W. Schouten, psycholoog/psychotherapeut, FPA Heiloo, locatie Willibrord, Heiloo
mr. H. Siebering, jurist, dr. S. van Mesdagkliniek, Groningen en FPD, Leeuwarden,
drs. Sybrandy, psychiater, behandelcoördinator, FPK, GGZ Drenthe, Assen
drs. M. Tervoort, psychiater, behandelcoördinator, FPK, GGZ Drenthe, Assen
mr. K. van Tuinen, hoofd FPK, GGZ Drenthe, Assen
R. de Vries, beleidsmedewerker, Ministerie van Justitie, DJI, Den Haag
drs. R. Visser, psycholoog, behandelcoördinator Forensisch Psychiatrische Deeltijd, De Jutter, Parnassia, Den Haag
mr. T.P. Widdershoven, jurist, Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon, Utrecht
drs. J.C. Zwemstra, psychiater, FPD 's-Hertogenbosch

Bijlage 4:

deelnemers expert-meeting

P. Dingemans, behandelcoördinator, FPA De Mare, Bergen op Zoom
drs. R. Hanhart, psychiater, behandelcoördinator, FPK, GGZ Drenthe, Assen
drs. T. Horsman, psychiater, FPA Heiloo, locatie Willibrord, Heiloo
mr. J. Grooten, juriste, FPK, GGZ Drenthe, Assen
drs. P. Jessurun, psychiater, FPK De Meren, Amsterdam
drs. A. Kommers, psychiater, FPA De Mare, Bergen op Zoom
drs. P. Lambers, psychiater, FPA Eikensteijn, Zuidlaren, Stichting GGZ Groningen
drs. B. Lutjenhuis, psychologe en beleidsmedewerkster, Hoeve Boschoord, Vledder
drs. Modders, psychiater, FPA Kompas, De Gelderse Roos, Wolfheze
mr. G. Nederpelt, juriste, FPK De Meren, Amsterdam
drs. J.R. Nijdam, psychiater, FPA Venray, Vincent van Gogh Instituut, Venray
mr. A. Pijlman, juriste, FPA Roozenburg, Altrecht, Den Dolder
drs. A. van Reekum, psychiater, FPA Roozenburg, Altrecht, Den Dolder
prof.dr B.C.M. Raes, psychiater, chef de clinique FPK De Meren Amsterdam en bijzonder
hoogleraar forensische psychiatrie Vrije Universiteit Amsterdam
mr. M. Roozendaal, juridisch medewerkster GGzE te Eindhoven
drs. B. Simons, psychiater, FPA Warnsveld

Evaluatie

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie

Inhoud

Voorwoord	5
1 Achtergrond, vraagstelling en opzet van de tweede evaluatie van de Wet Bopz	7
1.1 Totstandkoming en uitgangspunten van de Wet Bopz	7
1.2 De eerste evaluatie van de Wet Bopz	8
1.3 De tweede evaluatie van de Wet Bopz	10
1.3.1 Vraagstelling van het evaluatieonderzoek	10
1.3.2 Specifieke thema's en deelvragen	11
1.3.3 Niet geëvalueerde thema's	14
1.3.4 Methodologie, begeleiding en tijdsplan van het evaluatieonderzoek	15
2 Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Observaties van de commissie inzake de tweede evaluatie	18
2.3 Deelonderzoek betreffende algemene aspecten	22
2.3.1 Het algemene voorlichtingsplan Bopz	22
2.3.2 Het Bopzis-registratiesysteem	23
2.4 De externe rechtspositie	24
2.4.1 Het bereidheidscriterium	24
2.4.2 De verlof- en ontslagregeling in de psychiatrie	26
2.4.3 De externe rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector	28
2.5 De interne rechtspositie	31
2.5.1 De interne rechtspositie in de psychiatrie	31
2.5.2 Dwangbehandeling bij onvrijwillig opgenomen patiënten zonder ziekte-inzicht	32
2.5.3 De interne rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector	34
2.5.4 Het klachtrecht en het toezicht door de Inspectie	35
2.6 Bijzondere groepen of sectoren	40
2.6.1 De Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie	40
2.6.2 De Wet Bopz in de forensische psychiatrie	41
2.7 Onderwerpen die de deelonderzoeken overstijgen	43
2.7.1 Het gebruik van huisregels	43
2.7.2 Het begrip 'verzet'	44
2.7.3 Criteria voor wilsonbekwaamheid	44
2.7.4 Het onderscheid tussen Bopz-patiënten en niet-Bopz-patiënten	45
2.7.5 De afstemming tussen de Wet Bopz en de WGBO	46
2.7.6 De registratie- en meldingsplichten van de Wet Bopz	46
2.7.7 De Wet Bopz: instellings- of persoonsgericht?	47
2.7.8 Eindoordeel van de begeleidingscommissie	48
2.8.1 Inleiding	48
2.8.2 Het functioneren van de Wet Bopz	48
2.8.3 De geschiktheid van de Wet Bopz voor de sectoren en patiëntengroepen die zij bestrijkt	50
2.8.4 Aanbevelingen betreffende de volgende evaluatie	52

Literatuur		55
Afkortingen		57
Bijlagen		59
1	Begeleidingscommissie evaluatie Wet Bopz	61
2	Commissie evaluatie regelgeving	63
3	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen	65

Voorwoord

Ingevolge artikel 71 Wet Bopz dient de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), in overeenstemming met haar ambtsgenoot van Justitie, begin 2002 een voortgangsrapportage uit te brengen aan beide Kamers over de doeltreffendheid en effecten van de Wet Bopz. De Minister van VWS heeft ZON (thans ZonMw) verzocht zorg te dragen voor de uitvoering van deze (tweede) wetsevaluatie via het Programma evaluatie regelgeving.

Ter begeleiding van het onderzoek werd een onafhankelijke begeleidingscommissie ingesteld. Deze commissie had niet alleen tot taak het evaluatieonderzoek als zodanig te begeleiden, maar ook zelfstandig een evaluatieverslag (voorzien van aanbevelingen) uit te brengen aan de Minister. Dit verslag, inclusief aanbevelingen, treft u aan in hoofdstuk 2 van voorliggend rapport. Hoofdstuk 1 omvat naast een achtergrondschets van deze (tweede) evaluatie van de Wet Bopz een korte beschrijving van alle deelonderzoeken, die in het kader van onderhavige evaluatie werden uitgevoerd respectievelijk in de ZonMw-reeks zijn gepubliceerd.

1

Achtergrond, vraagstelling en opzet van de tweede evaluatie van de Wet Bopz

1.1 Totstandkoming en uitgangspunten van de Wet Bopz

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz, *Stb.* 1992, 669) is op 17 januari 1994 integraal in werking getreden. Deze wet regelt de rechtspositie van patiënten in de intramurale geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder de psychiatrie, de psychogeriatric en de verstandelijke gehandicaptenzorg. De wet omvat enerzijds procedures voor onvrijwillige opnemingen, alsmede de procedures voor verlof en ontslag (*externe rechtspositie* van de patiënt) en anderzijds de rechten van onvrijwillig opgenomen patiënten (*interne rechtspositie* van de patiënt).

De Wet Bopz kent een lange en complexe parlementaire geschiedenis: het eerste wetsontwerp ter vervanging van de Krankzinnigenwet uit 1884 werd op 22 april 1971 bij de Tweede Kamer ingediend. Het tijdens de behandeling ingrijpend gewijzigde wetsvoorstel werd in 1983 met algemene stemmen door de Tweede Kamer aanvaard. De wet werd uiteindelijk in 1992 door de Eerste Kamer aangenomen, nadat tussendoor een aantal voorstellen tot wijziging van het wetsvoorstel was ingediend, onder meer ter vermindering van de voorziene werkdrukvermeerdering voor de rechterlijke macht.

De reden van deze bijna drieëntwintigjarige wetsgeschiedenis is niet alleen dat de Wet Bopz een uiterst complexe wet is, het heeft alles te maken met het feit dat de wet principiële en ethisch beladen keuzen maakt. De Wet Bopz raakt immers rechtstreeks aan de autonomie van individuen, c.q. de aanspraak op rechtsbescherming, bewegingsvrijheid, (zorg voor de) gezondheid, bescherming van de persoonlijke levenssfeer en lichamelijke integriteit en het recht om gevrijwaard te blijven van onmenselijke en vernederende behandeling of bestraffing. Deze rechten worden in onze samenleving als fundamentele waarden en beginselen beschouwd en zijn deels gepositieerd in de vorm van grondwettelijke of internationaal gegarandeerde grondrechten. Tussen deze waarden en beginselen bestaat evenwel een immanente spanning, met name ten aanzien van de vraag hoe in onze sociale rechtsstaat moet worden omgegaan met mensen met 'een stoornis in hun geestvermogens'. Het onverkort respecteren van het zelfbeschikkingsbeginsel kan voor betrokkenen – en hun omgeving – leiden tot een onaanvaardbare inbreuk op andere fundamentele waarden en beginselen. Daarmee noopt deze spanningsrelatie tot het maken van afwegingen en keuzen, die uiteindelijk alle terug te voeren zijn op de (centrale) vraag bij wie, in welke situaties en onder welke voorwaarden het gerechtvaardigd is om de vrijheid van mensen te beperken en zo nodig dwangbehandeling toe te passen. Deze keuzen behoeven, gesteld dat is voldaan aan de eisen van noodzaak, subsidiariteit en proportionaliteit, een formeel wettelijke basis, aangezien zij resulteren in een inbreuk op grondrechten die een ieder toekomen.

In de lijn van de geschetste spanningsrelatie tussen fundamentele waarden en beginselen leunt de Wet Bopz op twee vertrekpunten. Het eerste is het maximaal respecteren van het beginsel van zelfbeschikking. Hierop mag slechts in bijzondere situaties een inbreuk worden gemaakt. Het tweede vertrekpunt is het bieden van adequate rechtsbescherming aan personen die 'in hun geestvermogens zijn gestoord', in het bijzonder in situaties waarin hun vrijheidsrechten voor kortere of langere tijd of zelfs voor onbepaalde tijd moeten worden ingeperkt. Daarmee wijkt de Wet Bopz op onderdelen af van de (ver)oude(rde) Krankzinnigenwet, die een veel beperktere reikwijdte kende en waarin de interne rechtspositie van patiënten niet was geregeld.

De belangrijkste inbreuken die op de zelfbeschikking van een persoon met een stoornis van de geestvermogens kunnen worden gemaakt, zijn een gedwongen opname en dwangbehandeling. Daarbij gelden op grond van de Wet Bopz striktere criteria ten aanzien van gedwongen behandelen dan ten aanzien van het gedwongen opnemen van een persoon. Met andere woorden, een gedwongen opname – deze is aangewezen indien vrijheidsontneming onvermijdelijk is voor het afwenden van gevaar, waaronder begrepen het verhelpen van situaties waarin personen zich niet buiten de inrichting kunnen handhaven – rechtvaardigt niet zonder meer een gedwongen behandeling. Uitgangspunt in de Wet Bopz is dat de patiënt toestemming moet geven voor behandeling. Dwangbehandeling staat de wet slechts toe indien een onvrijwillig opgenomen patiënt ernstig gevaar veroorzaakt voor zichzelf of voor anderen en de behandeling volstrekt noodzakelijk is om dat gevaar af te wenden.

1.2 De eerste evaluatie van de Wet Bopz

In 1996 werd voor de eerste keer door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in overeenstemming met de Minister van Justitie verslag uitgebracht aan het parlement over de wijze waarop de wet in de praktijk is toegepast (*Wet Bopz, Evaluatierapport. Tussen invoering en praktijk*).¹ Vervolgens heeft de regering een kabinetsstandpunt 'Evaluatie van de Wet Bopz' opgesteld, dat op 27 november 1997 aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal werd aangeboden (*Kamerstukken II 1997/1998, 25 763, nr. 1*).

De eerste evaluatie werd uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de Evaluatiecommissie Wet Bopz. Deze commissie bestond uit een aantal leden afkomstig uit verschillende relevante kennis- en ervaringsgebieden (de sectoren waarop de Wet Bopz van toepassing is, de patiëntenbeweging, de rechterlijke macht en het gezondheidsrecht) en had een onafhankelijk voorzitter (de heer dr. H.B. Winter). De commissie stelde aan het begin van het evaluatieonderzoek vast dat het mogelijk noch wenselijk was alle onderdelen van de Wet Bopz in de evaluatie te betrekken. Uiteindelijk koos de commissie voor zes thema's die in evenzoveel deelonderzoeken werden onderzocht, verdeeld over twee hoofdcategorieën, te weten de externe rechtspositie en de interne rechtspositie van de patiënt.

De algemene indruk van de Evaluatiecommissie was dat de Wet Bopz had bijgedragen aan een daadwerkelijke versterking van de rechtspositie van patiënten. Daarbij tekende de commissie evenwel aan dat de evaluatie vlak na de inwerkingtreding van de wet plaatsvond. Hierdoor zou in veel sectoren waarop de wet betrekking heeft nog sprake zijn van een aanzienlijke discrepantie tussen wet en praktijk. De eindconclusie van de Evaluatiecommissie luidde dan ook dat ten tijde van het evaluatieonderzoek het implementatieproces van de Wet Bopz nog niet was uitgekristalliseerd en dat mitsdien beter kon worden gesproken van een invoeringsonderzoek dan van een beoordeling van een gevestigde praktijk. Om die reden stelde de commissie zich terughoudend

¹ Ingevolge artikel 71 Wet Bopz dient het parlement om de vijf jaar in kennis te worden gesteld van de wijze waarop de Wet Bopz in de praktijk wordt toegepast. Voor de eerste evaluatie gold een kortere termijn, namelijk drie jaar na inwerkingtreding van de Wet Bopz.

op bij het trekken van definitieve conclusies over de werking van de wet. Niettemin waren er volgens de commissie op onderdelen voldoende gegevens verkregen om te komen tot suggesties voor aanpassing van de wettekst. De commissie deed in totaal 43 aanbevelingen.²

In het licht van de eerste evaluatie van de Wet Bopz (en de daaruit naar voren gekomen resultaten) zijn in de tweede helft van de jaren negentig door de regering, c.q. de Minister van VWS de volgende stappen gezet:

1. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg werd gevraagd een integrale beleidsvisie te schetsen over dwang en drang in de gezondheidszorg. Het rapport van de Raad, getiteld *Beter (z)onder dwang?* verscheen in augustus 1997 en behandelt onder meer enkele cruciale thema's uit de (eerste) Bopz-evaluatie; het RvZ-rapport werd 'meegenomen' in het kabinetsstandpunt inzake de eerste Bopz-evaluatie.
2. In het kader van het NWO-programma 'Ethiek en beleid' werd een aantal onderzoeken gestimuleerd naar de mogelijkheden om aan de Wet Bopz enkele onderwerpen toe te voegen (zoals zelfbindingsverklaringen en ambulante dwangbehandeling). Het betreft hier langlopende onderzoeksprogramma's welke bijgevolg pas na verloop van meerdere jaren zullen worden afgerond.
3. De Gezondheidsraad werd in augustus 1997 verzocht o.a. advies uit te brengen over de vraag of, en zo ja in welke mate, de zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten wordt belemmerd door de huidige criteria van de Wet Bopz. Eind 1998 werd hiertoe een commissie van de Gezondheidsraad ingesteld.
4. Medio 1998 werd aan het Trimbos-instituut een aantal onderzoeksopdrachten toegekend, die rechtstreeks uit de eerste Bopz-evaluatie voortvloeien:
 - onderzoek naar de effectiviteit van dwangbehandeling bij patiënten zonder ziekteinzicht;
 - onderzoek naar de omvang van de zogenaamde 'gbgb-groep' (patiënten die blijk geven van bezwaar noch bereidheid);
 - onderzoek naar de mogelijkheden om de Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie beter toe te kunnen passen, op het punt van het onderscheid tussen (Bopz)middelen en maatregelen en pedagogische maatregelen; en
 - onderzoek naar de oorzaken en omvang van verkommerden en verloederden.
5. In november 1998 werd door het kabinet een 'Voorlichtingsplan Wet Bopz' gepresenteerd. Met dit plan werd gereageerd op de constatering van de Evaluatiecommissie dat de voorlichting rond een aantal onderdelen van de Wet Bopz verbeterd of geïntensiveerd moest worden. Het voorlichtingsplan schetste een uitvoerig voorlichtingstraject, dat zowel voorziet in algemene, sectoroverstijgende voorlichting als in sector specifieke voorlichting. Verschillende van de in het plan genoemde voorlichtingsactiviteiten zijn inmiddels uitgevoerd of althans gestart.
6. In mei 1999 werd door het kabinet naar aanleiding van de evaluatie bij de Tweede Kamer een eerste wetsvoorstel met aanpassingen van de Wet Bopz ingediend (*Kamerstukken II* 1998/1999, 26 527, nr. 1-3, 4 en 5). Dit wetsvoorstel bevatte enkele technische aanpassingen en voorzag voorts in een wijziging van het Bopz-klachtrecht. Laatstgenoemde wijziging trad (deels) in werking op 1 februari 2002. De Tweede Kamer heeft het wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging (*Kamerstukken II* 2000/2001, 27 289) in februari 2002 aanvaard. Daarbij is onder meer een amendement ingediend betreffende een tijdelijke inwerkingtreding van observatiemachtigingen voor de duur van twee jaar. De voorwaardelijke machtiging moet door de Eerste Kamer worden behandeld.

² Een groot deel van deze aanbevelingen werd door de regering in het kabinetsstandpunt op het evaluatierapport overgenomen.

Volledigheidshalve moet nog worden opgemerkt dat in de periode na 1996 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ook enkele onderzoeken zijn verricht naar het functioneren van bepaalde onderdelen van de Wet Bopz resp. naar onderwerpen die samenhangen met de wet in de sectoren psychogeriatric en zorg voor verstandelijk gehandicapten. Zo voltooide de inspectie een onderzoek naar de toepassing van dwang en drang in de gehandicaptenzorg.³

1.3 De tweede evaluatie van de Wet Bopz

Ingevolge artikel 71 Wet Bopz dient de Minister van VWS, in overeenstemming met haar ambtsgeenoot van Justitie, begin 2002 een *voortgangsrapportage* uit te brengen aan beide Kamers over de doeltreffendheid en effecten van de wet (tweede evaluatie).

De Minister van VWS heeft ZorgOnderzoek Nederland (ZON; thans ZonMw) verzocht zorg te dragen voor de uitvoering van deze tweede wetsevaluatie via het Programma evaluatie regelgeving. Dit programma is specifiek bedoeld om inzicht te geven in de doeltreffendheid en effecten van wetten in de praktijk. Voor een overzicht van de algemene vragen, die de basis vormen van ieder onderzoek dat deel uitmaakt van dit programma, zij verwezen naar de ZON-publicatie *Evaluatie regelgeving. Programmametekst*. De daarin geformuleerde algemene vragen worden per onderzoekstraject aangevuld met specifieke vragen die zijn toegespitst op (onderdelen van) de te evalueren wet.

De Minister van VWS heeft ZON voorts gevraagd om een commissie van deskundigen in te stellen die op grond van het evaluatieonderzoek belast wordt met het opstellen van aanbevelingen, die kunnen fungeren als basis voor een kabinetsstandpunt. Deze commissie dient gedurende het onderzoek te fungeren als begeleidingscommissie. De Ministers van VWS en Justitie worden beiden in de gelegenheid gesteld een waarnemer voor deze commissie te benoemen.

1.3.1 Vraagstelling van het evaluatieonderzoek

Uit de eerste evaluatie van de Wet Bopz kwam naar voren dat de implementatie van deze wet ten tijde van de evaluatie nog niet (voldoende) was voltooid. In de tweede evaluatie dient daarom te worden bezien in hoeverre het implementatieproces is voortgeschreden en tot welke resultaten dit heeft geleid. Voorts verdient in de tweede evaluatie de relatie met de opzet en uitkomsten van de eerste evaluatie bijzondere aandacht. Dit betekent niet zonder meer dat alle onderwerpen uit de eerste evaluatie opnieuw aan de orde moeten worden gesteld, maar wel dat zoveel mogelijk moet worden gestreefd naar een vergelijking tussen de resultaten van de eerste evaluatie en de tweede evaluatie.

In deze (tweede) evaluatie van de Wet Bopz zal in ieder geval antwoord moeten worden gegeven op de volgende algemene vragen.

- Is de wet voldoende bekend bij alle belanghebbenden? Voor welke groep(en) is dit niet het geval en waardoor wordt dit veroorzaakt?
- In hoeverre is de uitvoeringspraktijk thans conform de bepalingen van de wet?
- Doen zich in de uitvoeringspraktijk (structurele) knelpunten of problemen voor en zo ja, welke?
- Hebben de (beleids)maatregelen, die in het kabinetsstandpunt op de eerste evaluatie werden aangekondigd en uitgevoerd, met als doel de aansluiting tussen praktijk en wet te verbeteren, effect gesorteerd? Is er, in het verlengde hiervan, op dit moment sprake van een betere aansluiting tussen praktijk en wettekst en is de wet in de praktijk voldoende hanteerbaar? Zo niet, waardoor wordt dit veroorzaakt?

³ *Zorg onder beperking opnieuw bekeken*, Den Haag: IGZ maart 1999.

- Is de wet adequaat voor de sectoren die zij bestrijkt en biedt zij in deze sectoren de rechtsbescherming die met de wet is beoogd?
- Is in de Wet Bopz een juiste balans aangebracht tussen zelfbeschikking en dwang?

1.3.2 Specifieke thema's en deelvragen (deelonderzoeken)

Naast bovengenoemde algemene vragen omvat onderhavig evaluatieonderzoek een groot aantal deelvragen; deze zijn steeds gerelateerd aan specifieke thema's met betrekking tot de Wet Bopz. Het betreft hier de volgende thema's en deelvragen.

1. Verlof- en ontslagregeling in de psychiatrie

Over de toepassing van de als belangrijk ervaren verlof- en ontslagregeling in de psychiatrie leverde de eerste evaluatie maar weinig cijfermatige gegevens op. Geconstateerd werd dat procedures niet altijd werden nageleefd, en dat niet duidelijk was of de in de wet gestelde (procedurale) eisen in de praktijk realiseerbaar zijn. Uit de latere maatschappelijke discussie en enkele kamervragen blijkt dat er over dit punt sindsdien nog steeds onvoldoende helderheid bestaat (zie bijv. *Kamerstukken II 1998/99, Aanhangsel 1370*).

Naar aanleiding hiervan laten zich de volgende vragen stellen:

- Hoeveel (voorwaardelijke) ontslagen worden per jaar verleend?
- In welke mate worden er voorwaarden gesteld aan ontslag en welke voorwaarden zijn dat?
- In welke mate wordt de verlof- en ontslagregeling gebruikt onder de vigeur van de 'paraplumachtiging' (= machtiging ten behoeve van behandeling)?
- Hoe verlopen de regelingen in samenwerking met de ambulante hulpverlening?
- In welke mate maken patiënten gebruik van de beroepsmogelijkheden tegen het intrekken van verlof en voorwaardelijk ontslag?
- Biedt de exclusieve bevoegdheid van de geneesheer-directeur in de ontslagprocedure voldoende waarborgen voor verantwoord ontslag?
- Hoeveel ontslagen worden jaarlijks verleend kort nadat gedwongen opname heeft plaatsgevonden en op welke gronden wordt dat ontslag verleend?

Uitvoerende onderzoekinstelling: Research voor Beleid.

2. Externe rechtspositie in de psychogeriatric en in de verstandelijk gehandicaptensector

In beide sectoren kunnen Bopz-opnemingen via twee wegen geschieden: via een inbewaringstelling of een rechterlijke machtiging (bij bezwaar van de patiënt) of via de route van de indicatiecommissie (art. 60; bij bezwaar noch bereidheid). In het bijzonder de procedure via de indicatiecommissie bleek in de eerste evaluatie nog veel vragen en problemen op te roepen. Dit vanwege interpretatie van begrippen, een late start van indicatiecommissies, onwennigheid in beide sectoren met betrekking tot het werken met Bopz-begrippen en procedures en twijfel over de zinvolheid van de toepassing van de Wet Bopz op deze sectoren. De discrepantie tussen inhoud en bedoeling van de wet enerzijds en de stand van de implementatie anderzijds was ten tijde van de eerste evaluatie aanzienlijk.

Dit roept de volgende vragen op:

- Hoe geven de indicatiecommissies thans invulling aan de wettelijke taken?
- In hoeverre is er op het terrein van de indicatiecommissies sprake van protocollering?
- Welke interpretatie wordt gegeven aan de in de procedure van artikel 60 Wet Bopz gebruikte begrippen (bereidheid, bezwaar, verzet, gevaar)?
- Hoe staat het met de verslaglegging van de indicatiecommissies?
- Hoe zijn de ontwikkelingen in beide sectoren ten aanzien van de aantallen indicaties, inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen?

Uitvoerende onderzoekinstelling: Trimbos-instituut

3. Interne rechtspositie in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptensector

De moeizame aansluiting van de Wet Bopz bij de praktijk van de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten doet zich bij de interne rechtspositie mogelijk nog sterker voor dan bij de externe rechtspositie. In de eerste evaluatie was nog erg veel onduidelijkheid over de inhoud van de wet en de wijze hoe die zou moeten worden gehanteerd.

Naar aanleiding hiervan bestaat er behoefte aan antwoord op de volgende vragen:

- Wat is de stand van zaken met betrekking tot de implementatie van en de nadere operationalisering van begrippen uit de wet (wilsonbekwaamheid, verzet, bezwaar)?
- In welke mate worden middelen en maatregelen en dwangbehandeling toegepast op deze patiënten? En wordt dit ook als zodanig gerubriceerd door de behandelaars?
- Wat is de stand van zaken met betrekking tot vertegenwoordiging van wilsonbekwame patiënten en doen zich daarbij problemen voor?
- Wat wordt in de huisregels in deze instellingen geregeld?
- Levert de bevoegdheid van de algemeen directeur in de verstandelijk gehandicaptensector problemen op?

Uitvoerende onderzoeksinstituting: Vrije Universiteit

4. Interne rechtspositie in de psychiatrie

Uit de eerste evaluatie bleek ook dat de voorschriften aangaande onvrijwillig opgenomen patiënten relatief slecht werden toegepast. In het kabinetsstandpunt werd gesteld dat in de tweede evaluatie zou moeten worden gezien of er op dit punt verbetering was opgetreden.

- Wat is de stand van zaken met betrekking tot de implementatie van protocollen en huisregels?
- Hoe worden de regels van de interne rechtspositie van patiënten thans door de instellingen ingevuld?
- Hoe gaan de instellingen om met de toepassing van middelen en maatregelen en het onderscheid daartussen?
- Welke ontwikkelingen hebben zich voorgedaan in de jurisprudentie met betrekking tot de scheiding tussen gedwongen opname en gedwongen behandeling (rechterlijke machtiging ten behoeve van dwangbehandeling) en hoe ruim wordt het begrip 'ernstig gevaar' (art. 38 lid 5 Wet Bopz) geïnterpreteerd?
- Op welke wijze geeft de Inspectie invulling aan haar toezichthoudende taak op dit onderdeel?
- Hebben uitspraken van klachtencommissies invloed op de interne rechtspositie van patiënten?

Uitvoerende onderzoeksinstituting: Trimbos-instituut

5. Het klachtrecht en het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg

In de eerste evaluatie is het klachtrecht 'Bopz-breed' onderzocht, dat wil zeggen in één onderzoek dat alle Bopz-sectoren omvatte. Het kabinetsstandpunt benadrukte het belang van een goede klachtenregeling. De Bopz-conformiteit van de klachtenregelingen in de psychiatrie was blijkens de eerste evaluatie nog maar gering. Ook de bekendheid van het klachtrecht liet te wensen over. In de beide andere Bopz-sectoren werd niet of nauwelijks van het Bopz-klachtrecht gebruik gemaakt, aangezien dit klachtrecht als afstandelijk en formeel werd ervaren. In 1996 werden door toedoen van de WKCZ enkele wijzigingen aangebracht in de Bopz-klachtenregeling.

Naar aanleiding hiervan rijzen de volgende vragen:

- In welke mate wordt in de verschillende sectoren van de klachtenregeling gebruik gemaakt?
- In welke mate zijn de klachtenregelingen Bopz-conform?
- Hoe staat het met de voorlichting inzake het klachtrecht aan patiënten?

- Wat zijn de gevolgen geweest van de wijziging van het klachtrecht in de Wet Bopz ingevolge WKCZ?
- Wat zijn de gevolgen van de wijziging van het klachtrecht (incl. de nieuwe cassatiemogelijkheden bij klachtzaken voorzover reeds in werking getreden) als gevolg van de wetwijziging op technische gronden, in het bijzonder met betrekking tot de onafhankelijkheid van de leden van de klachtencommissies (zie kamerstuknr. 26 527)?
- Wat is de stand van zaken van het klachtrecht in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicapten?
- Is er in deze sectoren behoefte aan rechtsbijstand door een pvp-achtige functionaris?
- Welke knelpunten doen zich voor in de praktijk?
- In welk opzicht heeft de wijziging van het klachtrecht in de Wet Bopz gevolgen gehad voor patiënten, instellingen, klachtencommissies en behandelaars?
- Hoe gaan instellingen om met uitspraken van klachtencommissies en met rechterlijke uitspraken?

Op verschillende plaatsen in de Wet Bopz heeft de inspectie taken toebedeeld gekregen. Uit de eerste evaluatie werd duidelijk, dat de uitvoering van deze taken problemen opleverde. Verschillende van deze taken kwamen (nog) niet uit de verf. Dit geldt bijvoorbeeld voor de melding aan en toetsing door de IGZ van beslissingen inzake dwangbehandeling. Het kabinetsstandpunt kondigde op dit punt verschillende acties van de inspectie aan. Bezien moet worden, mede in het licht van de huidige organisatiestructuur van de Inspectie en van de beschikbare menskracht, of de in de eerste evaluatie gesignaleerde problemen zijn weggenomen dan wel verminderd.

Er bestaat behoefte aan antwoord op de volgende vragen:

- Op welke wijze geeft de inspectie uitvoering aan haar Bopz-taken op het gebied van de interne rechtspositie en welke knelpunten doen zich daarbij voor?
- In welke mate maakt de inspectie gebruik van haar bevoegdheid als bedoeld in artikel 42 Wet Bopz?

Uitvoerende onderzoeksinstelling: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

6. Toepassing van de Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie

Ook in de sector kinder- en jeugdpsychiatrie werd in de eerste evaluatie een aanzienlijke discrepantie gesignaleerd tussen wet en praktijk. Er was twijfel over de zinvolheid van de toepassing van de wet op deze sector. In het kabinetsstandpunt werd gesteld dat in de tweede evaluatie wederom bijzondere aandacht aan de toepassing van de Wet Bopz in deze sector moest worden besteed. Het verdiende aanbeveling deze sector, voorzover het de toepassing van de Bopz betreft, integraal te bezien (externe en interne rechtspositie, inclusief het klachtrecht).

Naar aanleiding hiervan bestaat er behoefte aan antwoord op de volgende vragen:

- Op welke wijze wordt in deze sector, zowel met betrekking tot de interne als externe rechtspositie van de patiënt, omgegaan met Bopz-procedures en begrippen en welke knelpunten doen zich in de praktijk voor?;
- In welke mate wordt de in 1999 ontwikkelde richtlijn voor de kinder- en jeugdpsychiatrie nageleefd en beantwoordt de richtlijn aan de doelstelling (onderscheid pedagogische maatregelen en middelen en maatregelen o.g.v. de Wet Bopz)? Hierbij dienen de resultaten van de evaluatie van de richtlijn, die zal worden uitgevoerd door het Trimbos-instituut, te worden betrokken.; en
- Hoe vaak worden jeugdigen met een Bopz-maatregel opgenomen in een kinder- en jeugdpsychiatrische instelling en in welke leeftijdscategorieën gebeurt dit?

Uitvoerende onderzoeksinstelling: Trimbos-instituut

7. Het Algemene Voorlichtingsplan en uitgezet onderzoek op basis van de eerste evaluatie

In de eerste evaluatie werd geconstateerd dat de voorlichting rond een aantal onderdelen van de Wet Bopz verbeterd of geïntensiveerd moest worden. Door de Minister van VWS werd een voorlichtingsplan opgesteld voorzien van een uitvoerig voorlichtingstraject, dat zowel algemene, sectoroverstijgende voorlichting als sectorspecifieke voorlichting kende.

In verband hiermee dringt zich de volgende vraag op:

- Welke voorlichtingsactiviteiten (door het veld of vanuit de overheid) van het Algemene Voorlichtingsplan hebben plaatsgevonden in de verschillende sectoren? Hebben deze effect gesorteerd?

Uitvoerende onderzoekinstelling: ES & E

8. Het Bopzis-registratiesysteem

In haar rapport pleitte de Evaluatiecommissie voor een betere benutting van het Bopzis-registratiesysteem. De bruikbaarheid van dit systeem viel tijdens de eerste evaluatie erg tegen.

In verband hiermee dient de tweede evaluatie aandacht te besteden aan de volgende vragen:

- Zijn de knelpunten van het registratiesysteem, zoals deze in de eerste evaluatie naar voren kwamen, opgelost?
- Beantwoordt het Bopzis-systeem aan haar doelstellingen?
- Welke aanpassingen c.q. verbeteringen heeft het registratiesysteem ondergaan?

Uitvoerende onderzoekinstelling: Research voor Beleid

9. De rol van de Wet Bopz in de forensische psychiatrie

Met betrekking tot de forensische psychiatrie laten zich de volgende vragen stellen:

- In welke mate worden forensische psychiatrische patiënten (art. 15 Penitentiaire Beginselenwet en art. 37 Sr) opgenomen in Bopz-instellingen en welke problemen doen zich daarbij voor?
- In welke mate worden forensische psychiatrische patiënten op grond van het gewijzigde artikel 51, eerste lid, Wet Bopz in Bopz-instellingen opgenomen?
- In hoeverre kunnen deze problemen worden toegeschreven aan de wettelijke regelingen?
- Sluiten de wettelijke regelingen (Wet Bopz, Penitentiaire beginselenwet en TBS Beginselenwet) goed op elkaar aan?

Bij dit onderwerp dienen de resultaten van het Trimbos-instituut naar beheersproblemen in de (forensische) psychiatrie te worden betrokken.

Uitvoerende onderzoekinstelling: Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen

1.3.3 Niet geëvalueerde thema's

Naar aanleiding van de eerste evaluatie is ook een aantal onderzoeken gestart, waarvoor het te vroeg is om deze mee te nemen in de tweede evaluatie. Daarbij dient onder andere gedacht te worden aan het grootschalig meerjarenonderzoek naar de verkommerden en verloederden. Het onderzoek is in 1999 gestart en zal in 2002 worden afgerond.

Hetzelfde geldt voor de wetsvoorstellen die als gevolg van de eerste evaluatie zijn opgesteld. Het betreft het voorontwerp van wet betreffende de introductie van zelfbindingsverklaringen en de voorwaardelijke rechterlijke machtiging. Gelet op de termijnen van indiening bij de Tweede Kamer behoeven deze wetsvoorstellen niet te worden meegenomen in de tweede evaluatie.

Ten slotte is er een aantal thema's in de eerste evaluatie aan de orde geweest waaraan thans geen aandacht besteed hoeft te worden:

- opnameprocedures uit de Wet Bopz (dat wil zeggen de rol van de OvJ bij de rechterlijke machtigingen en de rol van de burgemeester bij ibsen);

- de opnamecriteria gevaar en het ultimatum remedium-criterium; en
- meerkosten voor de instellingen en werklast voor alle betrokkenen (OvJ, instellingen, rechterlijke macht)

1.3.4 Methodologie, begeleiding en tijdsplan van het evaluatieonderzoek

De evaluatie van de Wet Bopz laat zich wellicht het best typeren als een combinatie van wets- en beleidsevaluatie. De onderzoeksmethoden sluiten hierop aan. Het onderzoek wordt uitgevoerd met behulp van literatuur- en bronnenonderzoek, aangevuld met sociaalwetenschappelijke onderzoeksmethoden ter verkrijging van kwalitatieve en kwantitatieve gegevens over de doeltreffendheid en effecten van deze wet in de praktijk. Het spreekt voor zich dat er optimaal gebruik wordt gemaakt van de kennis, ervaringen en (voor zover de privacyregels dat toelaten) dossiers van zorginstellingen, de IGZ, beleidsmakers, patiëntenorganisaties, etc..

Ter begeleiding van het onderzoek is een onafhankelijke commissie ingesteld (voor de samenstelling van deze commissie zie bijlage 1). Daarin hebben tevens zitting genomen waarnemers van de zijde van het ministerie van VWS en de IGZ. De begeleidingscommissie kende een zodanige samenstelling dat de commissie, naast juridische expertise, ook beschikte over kennis van het ggz-veld/beleid in brede zin.

Het evaluatieonderzoek is begin 2001 gestart en heeft ruim een jaar in beslag genomen. In november en december 2001 werden de deelrapporten vastgesteld. In de periode december 2001 – januari 2002 heeft de begeleidingscommissie het evaluatieverslag van (algemene) conclusies en aanbevelingen voorzien; deze werden medio februari 2002 vastgesteld.

2

Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat de visie van de begeleidingscommissie Wet Bopz (hierna: de begeleidingscommissie) op de conclusies en aanbevelingen van de deelonderzoeken die in het kader van de tweede evaluatie van de Wet Bopz zijn uitgevoerd. Daarnaast besteedt de begeleidingscommissie aandacht aan enkele andere onderwerpen die direct of indirect met deze tweede evaluatie verband houden. De volgorde die in dit hoofdstuk wordt gehanteerd wijkt enigszins af van de volgorde waarin de deelonderzoeken in hoofdstuk 1 zijn gepresenteerd. De begeleidingscommissie heeft de deelonderzoeken ten behoeve van dit hoofdstuk thematisch geordend. Deze ordening is als volgt:

Algemene aspecten:

1. Het algemene voorlichtingsplan Wet Bopz;
2. Het Bopzis-registratiesysteem.

De externe rechtspositie:

3. Verlof- en ontslagregeling in de psychiatrie;
4. Externe rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector.

De interne rechtspositie:

5. Interne rechtspositie in de psychiatrie;
6. Interne rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector;
7. Het klachtrecht en het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Bijzondere groepen of sectoren:

8. De Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie;
9. De Wet Bopz in de forensische psychiatrie.

Naar de mening van de begeleidingscommissie geeft deze volgorde de beste mogelijkheden om de resultaten van deze tweede evaluatie van de Wet Bopz te analyseren en te bespreken.

In aanvulling op de onderzoeken die, onder de hoede van de begeleidingscommissie, in de periode tussen september 2000 en december 2001 zijn uitgevoerd, zal in het onderstaande ook aandacht worden gegeven aan twee onderzoeken die reeds eerder gereed waren. Het betreft twee onderzoeken die in opdracht van het ministerie van VWS zijn uitgevoerd door het Trimbos-instituut te Utrecht, mede naar aanleiding van de uitkomsten van de eerste evaluatie van de Wet Bopz:

- P. van Ginneken, De nodige bereidheid – Een onderzoek naar de omvang van de groep ‘geen bereidheid geen bezwaar’ in de psychiatrie. Utrecht, 1999;
- M. Donker et al, Intramurale dwangbehandeling van patiënten zonder ziekte-inzicht. Utrecht, 2000.

Deze beide onderzoeken zijn niet verricht onder auspiciën van ZonMw, en zij zijn dan ook niet begeleid door de begeleidingscommissie. Niettemin meent de begeleidingscommissie dat de uitkomsten van beide onderzoeken zo relevant zijn in het kader van de evaluatie van de Wet Bopz, dat zij deze in de onderhavige beschouwingen dient te betrekken. Het eerstgenoemde onderzoek komt aan de orde bij de externe rechtspositie, het tweede onderzoek in het kader van de interne rechtspositie.

De aanpak van de begeleidingscommissie

In het navolgende formuleert de begeleidingscommissie een eigen visie op de resultaten van de tweede evaluatie van de Wet Bopz en de daaraan te verbinden conclusies en aanbevelingen. Per thema heeft de begeleidingscommissie waar mogelijk en relevant de volgende volgorde van bespreking aangehouden:

- een korte schets van de uitkomsten van de evaluatie 1996 (Evaluatiecommissie Bopz, 1996) en de naar aanleiding daarvan getroffen maatregelen (Kabinetsstandpunt, 1997);
- een samenvatting van de uitkomsten van de onderhavige evaluatie;
- de conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie.

Met betrekking tot de uitkomsten van onderhavige evaluatie heeft de begeleidingscommissie een selectie gemaakt uit onderwerpen die zijn onderzocht. Dit houdt in dat niet alle aspecten van de deelonderzoeken aan de orde komen. De begeleidingscommissie richt zich op de onderwerpen die naar haar mening de kern van deze evaluatie vormen. Alle deelonderzoeken zijn integraal door ZonMw gepubliceerd. Voor precieze informatie over de opzet van deze onderzoeken, de gedetailleerde resultaten ervan en de door de onderzoekers zelf geformuleerde conclusies en aanbevelingen zij verwezen naar deze publicaties.

In elke aanbeveling die de begeleidingscommissie doet, wordt aangegeven van welke instantie of organisatie een activiteit wordt verwacht. In gevallen waarin gesproken wordt van 'de overheid' doelt de begeleidingscommissie op de verantwoordelijke minister(s). De Inspectie, hoewel ook onderdeel van de overheid, wordt waar nodig door de begeleidingscommissie apart benoemd.

De opbouw van het hoofdstuk

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt. In par. 2.2 gaat de begeleidingscommissie in op een aantal algemene aspecten betreffende de tweede evaluatie. In de par. 2.3 tot en met 2.6 worden de resultaten van de deelonderzoeken door de begeleidingscommissie thematisch besproken en geanalyseerd. In par. 2.7 wordt ingegaan op een aantal onderwerpen die in meerdere deelonderzoeken aan de orde komen. Ten slotte geeft de begeleidingscommissie in par. 2.8 een eindoordeel over het functioneren van de Wet Bopz en doet zij een aantal suggesties met betrekking tot volgende evaluatie van de Wet Bopz. In deze paragraaf staat de begeleidingscommissie tevens stil bij de vraag of de Wet Bopz wel geschikt is voor alle sectoren die thans onder deze regeling vallen.

2.2 Observaties van de begeleidingscommissie inzake de tweede evaluatie

Alvorens in te gaan op de resultaten van de tweede evaluatie van de Wet Bopz staat de begeleidingscommissie in deze paragraaf stil bij een aantal algemene aspecten van de tweede evaluatie.

De periode 1996-2001: veel ontwikkelingen

Art. 71 van de Wet Bopz bepaalt dat deze wet voor het eerst drie jaar na de inwerkingtreding, en vervolgens elke vijf jaar, wordt geëvalueerd. Idealiter is de inhoud en de structuur van de

evaluaties zodanig, dat vergelijkingen tussen de opeenvolgende evaluaties mogelijk zijn en dat aldus een meerjarig beeld kan worden verkregen. Met betrekking tot de Wet Bopz is van deze situatie maar ten dele sprake. Met betrekking tot de inhoud van de tweede evaluatie zijn keuzen gemaakt die verschillen van hetgeen in 1996 aan de orde kwam. Sommige onderwerpen uit de eerste evaluatie zijn in de tweede ronde niet herhaald, andere onderwerpen zijn in de tweede ronde voor het eerst geëvalueerd (zoals de taken van de Inspectie en de toepassing van de Wet Bopz in de forensische psychiatrie). Dit is overigens in lijn met een aanbeveling uit het evaluatierapport 1996. De toenmalige evaluatiecommissie pleitte ervoor bij de volgende evaluatie van de Wet Bopz een selectieve en gedifferentieerde aanpak te kiezen. Dit heeft ertoe geleid dat in het kader van de tweede evaluatie gekozen is voor een aantal specifiekere, en deels andere thema's dan in 1996 het geval was.

Daar komt bij dat de (onderzoeks)activiteiten niet beperkt zijn gebleven tot de twee evaluatieonderzoeken van 1996 en 2001. Zoals par. 1.2 laat zien heeft er in de periode na de eerste evaluatie een groot aantal relevante activiteiten plaatsgevonden. Er zijn buiten het kader van de officiële wetsevaluatie onderzoeksopdrachten verstrekt en ook is een aanvang gemaakt met het aanpassen van de wijziging van de Wet Bopz op grond van de uitkomsten van de eerste evaluatie. Hierbij valt in het bijzonder te denken aan de Wet van 22 juni 2000 (Stb. 292), die onder meer de klachtenprocedure van de Wet Bopz wijzigt, en aan Wetvoorstel 27289, betreffende het toevoegen aan de Wet Bopz van de zogenaamde voorwaardelijke rechterlijke machtiging. In september 2001, kort voor het einde van de onderzoekstermijn van de tweede evaluatie, werd een concept-wetsvoorstel inzake verdere aanpassing van de Bopz-klachtenregeling bekend gemaakt.

Het is begrijpelijk dat wanneer een zich herhalend systeem van wetsevaluatie eenmaal is gestart, ook van 'tussentijdse' ontwikkelingen en beleidswijzigingen sprake kan zijn. Dit is logisch en onvermijdelijk. Aan de andere kant moet worden opgemerkt dat dergelijke 'tussentijdse' ontwikkelingen het proces van wetsevaluatie kunnen bemoeilijken. Dit is in het bijzonder aan de orde met betrekking tot voorstellen voor wetswijziging. Deze voorstellen werpen vaak hun schaduwen vooruit en kunnen, hoewel zij nog niet van kracht zijn, in het kader van de wetsevaluatie niet altijd worden genegeerd. Te denken valt aan de relevantie van het wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging voor het in het kader van deze evaluatie uitgevoerde deelonderzoek naar de verlof- en ontslagregeling in de psychiatrie. Een ander voorbeeld is het Bopz-klachtrecht. Een wijziging hiervan verscheen in juni 2000 in het Staatsblad maar is pas begin 2002 in werking getreden. Daar 'bovenop' werd zoals gezegd in september 2001 wederom een nader concept-wetsvoorstel inzake het Bopz-klachtrecht openbaar. Het uitgangspunt van wetsevaluatie is dat deze zich richt op de wettelijke regeling zoals deze van kracht is op het moment van de evaluatie. Ontwikkelingen als hiervoor genoemd kunnen ertoe leiden dat een regeling wordt geëvalueerd waarvan ten tijde van de evaluatie al vaststaat dat deze in de onderzochte vorm niet lang meer zal bestaan. Dit kan de resultaten van de onderzoeken ongunstig beïnvloeden. De begeleidingscommissie realiseert zich zowel het probleem als de gedeeltelijke onvermijdelijkheid daarvan, maar acht het toch gewenst dat in het bijzonder procedures tot wetsaanpassing zo worden gepland dat een negatieve interferentie met de wetsevaluatie zo beperkt mogelijk is.

Etnische en sekse-specifieke aspecten

Aan alle onderzoeksgroepen is door ZonMw gevraagd aandacht te besteden aan sekse-specifieke aspecten en aan de (rechts)positie van patiënten met een andere etnische achtergrond. Deze beide aspecten komen in de onderzoeken in zeer wisselende mate aan de orde. Aan de Wet Bopz of de uitvoeringspraktijk van de wet gerelateerde knelpunten betreffende sekse-specifieke aspecten zijn in de uitgevoerde onderzoeken niet of nauwelijks gevonden. Met

betrekking tot etniciteit wordt uit een aantal onderzoeken duidelijk dat een niet onaanzienlijk aantal patiënten in de psychiatrie (van oorsprong) afkomstig is uit andere landen en culturen. Soms zijn dat landen en culturen waarin het belang van wetgeving en fundamentele rechten van mensen heel anders wordt ervaren dan in Nederland gebruikelijk is. Om die reden, zo mag worden aangenomen, kijken patiënten met een andere etnische achtergrond anders aan tegen de rechtsbeschermende instrumenten en procedures die een regeling als de Wet Bopz biedt en maken zij mogelijk om die reden minder van deze instrumenten gebruik. Ook kunnen deze patiënten op grond van culturele verschillen anders aankijken tegen gezondheidszorg en hulpverlening in het algemeen. Aan de andere kant zijn er aanwijzingen dat de informatie over de rechtspositie nog onvoldoende op deze patiënten is toegesneden. De begeleidingscommissie plaatst deze opmerkingen in deze algemene paragraaf omdat de onderzoeken relatief weinig informatie over deze groep patiënten hebben opgeleverd. Een aantal onderzoekers heeft erop gewezen dat dit een gevolg is van het feit dat kwesties inzake sekse-specifieke aspecten en etniciteit moeten worden 'meegenomen' in de marge van op de algemene patiëntenpopulatie gerichte onderzoeksprojecten. Daardoor, zo stellen zij, is het vaak niet mogelijk deze kwesties de inhoudelijke en methodologische aandacht te geven die deze verdienen, waardoor aan het belang en de complexiteit van deze kwesties niet voldoende recht kan worden gedaan. De begeleidingscommissie kan zich deze gevoelens voorstellen en meent dat in de opzet van toekomstige evaluaties een duidelijker plaats moet worden ingeruimd voor deze aspecten. De begeleidingscommissie tekent daarbij aan dat in het Nederlandse gezondheidszorgonderzoek nog maar een beperkte traditie bestaat op dit punt. Het is belangrijk dat daar verandering in komt. In dat verband zij gewezen op het advies dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in juli 2000 uitbracht over de interculturalisatie van de gezondheidszorg en de speciale aandacht die daarin wordt gevraagd voor allochtone patiënten in de geestelijke gezondheidszorg (RVZ, 2000).

Aanbeveling 1:

De overheid behoort, in de context van de Wet Bopz, gericht onderzoek te laten uitvoeren naar de (rechts)positie van patiënten met een andere etnische achtergrond

De taak en werkwijze van de begeleidingscommissie: vergelijking met de eerste evaluatie van 1996

Belangrijk verschil in de opzet van de eerste respectievelijk de tweede evaluatie is dat bij de eerste evaluatie de opdracht door het ministerie van VWS rechtstreeks aan de verantwoordelijke commissie werd gegeven. Deze commissie, genaamd 'landelijke evaluatiecommissie van de Wet Bopz' (hierna: de commissie 1996), heeft toentertijd zelf een onderzoeksprogramma uitgewerkt, gebaseerd op de van het ministerie meegekregen opdracht, en heeft ook zelf de onderzoeksinstellingen erbij kunnen betrekken. Enerzijds hadden de onderzoeksinstellingen hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de wetenschappelijke kwaliteit en inhoud van het onderzoek, anderzijds werd het onderzoek uitgevoerd in nauw overleg met de evaluatiecommissie. Dat laatste was mogelijk omdat voor ieder onderzoek een aparte begeleidingscommissie in het leven was geroepen, bestaande uit een of twee leden van de evaluatiecommissie en een of twee waarnemers van de ministeries van VWS en Justitie. Een belangrijk voordeel van deze werkwijze was dat bepaalde leden van de evaluatiecommissie nauw bij de uitvoering van (een) bepaald(e) (deel)onderzoek(en) betrokken werden en de commissie als zodanig niet iedere keer met de verschillende onderzoekers in discussie hoefde te gaan. Zo kon de evaluatiecommissie zich voornamelijk concentreren op haar eigen taak, namelijk het formuleren van een aantal (de deelonderzoeken overstijgende) aanbevelingen. Tegelijkertijd konden de subcommissies voldoende tijd investeren in de begeleiding van de verschillende onderzoeken, hetgeen de kwaliteit van die onderzoeken ten goede kwam. Alles bijeengenomen heeft deze aanpak wel een aanzienlijke tijdsinvestering van de leden van de evaluatiecommissie gevraagd.

Bij de tweede evaluatie van de Wet Bopz is ervoor gekozen de evaluatieopdracht te verstrekken aan ZonMw. Vervolgens is door ZonMw een programmatekst opgesteld en zijn er instellingen aangezocht om de verschillende onderzoeken uit te voeren. Daarna werd er door ZonMw een - qua disciplines breed samengestelde - commissie ('de begeleidingscommissie') ingesteld die de opdracht kreeg de verschillende deelonderzoeken te begeleiden. Hiertoe werden niet, zoals bij de eerste evaluatie een of meer leden van de begeleidingscommissie belast met de begeleiding van een specifiek deelonderzoek, maar werd de commissie in haar totaliteit geacht alle deelonderzoeken te begeleiden. Dit hield in concreto in dat de commissieleden steeds een groot aantal conceptteksten binnen een (soms te) beperkt tijdsbestek moesten beoordelen. Beoordeling van onderzoeksresultaten vond hoofdzakelijk plaats in een stadium waarin door de onderzoekers reeds onomkeerbare keuzen waren gemaakt resp. er geen gelegenheid meer was om aanpassingen te kunnen effectueren. Ten slotte is er geen mogelijkheid geweest voor overleg met de onderzoeksinstellingen in een vroeg stadium van het evaluatieonderzoek, dat wil zeggen nadat de onderzoekers hun voorstellen hadden ingediend bij ZonMw, maar voordat zij daadwerkelijk met de uitvoering begonnen waren.

De begeleidingscommissie realiseert zich dat de eigenlijke taak van een door ZonMw ingestelde begeleidingscommissie zich beperkt tot het begeleiden (in strikte zin) van een onderzoek en het (marginaal) toetsen van de eindresultaten. De begeleidingscommissie merkt niettemin op dat zij deze rol in het kader van onderhavige wetsevaluatie, waarbij de commissie naast eerder genoemde taak zelf werd geacht - op basis van de resultaten van de deelonderzoeken - een eindverslag op te stellen, soms als knellend heeft ervaren. Het is in het licht van laatstgenoemde (eigen) verantwoordelijkheid van de begeleidingscommissie dat zij betreurt dat van meet af aan weinig invloed konden worden uitgeoefend op de door de betrokken onderzoeksinstituten gekozen opzet van hun (deel)onderzoeken resp. de feitelijke uitvoering en voortgang ervan.

Samenhang

De tweede evaluatie van de Wet Bopz is uitgevoerd door middel van een aantal deelonderzoeken. Deze deelonderzoeken betreffen onderwerpen die van elkaar te onderscheiden zijn, maar die tevens op tal van punten met elkaar samenhangen of zelfs een zekere mate van overlap vertonen. Om die reden stond het de begeleidingscommissie voor ogen dat één van de betrokken onderzoeksinstituten een coördinerende rol zou vervullen, teneinde de samenhang tussen de verschillende onderzoeken zo goed mogelijk te doen zijn. Dat is maar in beperkte mate gelukt. Achteraf moet worden geconstateerd dat de gekozen (financierings)structuur van deze evaluatie, mede gelet op de omvang van het gehele project, niet toereikend was om de beoogde coördinatie ten volle te realiseren. In toekomstige situaties is het wijs hieraan bij de opzet van de evaluatie meer aandacht te schenken. In de onderhavige situatie is het vraagstuk van de samenhang aan de orde geweest in contacten tussen de begeleidingscommissie en de onderzoekers, alsmede tijdens een door de onderzoekers belegde afstemmingsvergadering in het voorjaar van 2001. In het vervolg van dit hoofdstuk zal de begeleidingscommissie waar nodig een koppeling leggen tussen onderzoeksrapporten waarin vergelijkbare problematiek of dezelfde onderwerpen aan de orde komen.

2.3 Deelonderzoek betreffende algemene aspecten

In de paragrafen 2.3 tot en met 2.6 bespreekt en analyseert de begeleidingscommissie de uitkomsten van de tweede evaluatie van de Wet Bopz. In deze paragraaf komen aan de orde twee onderwerpen die van algemeen belang zijn voor het wetslagen en de evaluatie van de Wet Bopz:

- De voorlichting over de wet;
- Het functioneren van het Bopzis-registratiesysteem.

2.3.1 Het algemene voorlichtingsplan Bopz

Uit de eerste evaluatie bleek dat op tal van punten nog voorlichting over de Wet Bopz nodig was, gericht op zowel instellingen en hulpverleners als op patiënten. Naar aanleiding hiervan werd door het ministerie van VWS een 'Voorlichtingsplan Wet Bopz' opgesteld, dat in 1998 werd gepubliceerd. Dit plan voorzag in een aantal samenhangende voorlichtingsactiviteiten, die ertoe zouden moeten leiden dat de doelgroepen meer kennis kregen over de wettelijke begrippen en de toepassing van de wet.

In het kader van de tweede evaluatie is door het bureau Eysink Smeets & Etman (ES & E) onderzocht welke voorlichtingsactiviteiten sinds het verschijnen van het Voorlichtingsplan in 1998 zijn uitgevoerd, en door wie. Ook is aandacht besteed aan de vraag op welke onderdelen van de Wet Bopz thans nog behoefte bestaat aan aanvullende voorlichting. Uit het onderzoek blijkt dat 11 van de 16 geëvalueerde voorlichtingsactiviteiten uit het plan zijn uitgevoerd. Het gaat om uiteenlopende activiteiten, variërend van algemene voorlichtingsbijeenkomsten tot brochures en artikelen in vak- en ledenbladen. De belangrijkste activiteit die niet is gerealiseerd, is het ontwikkelen en uitvoeren van een onderwijsmodule voor hulpverleners in de verschillende Bopz-sectoren. Met betrekking tot de kennis van de wet concludeert het onderzoeksbureau dat de respondenten (merendeels hulpverleners) redelijk tot goed op de hoogte zijn van de inhoud van de wet. Van verschillen tussen de Bopz-sectoren is daarbij niet gebleken. Die kennis blijkt evenwel vooral algemene aspecten en regels van de wet te betreffen. Op specifieke deelgebieden hebben de respondenten een aanzienlijke behoefte aan aanvullende informatie.

De begeleidingscommissie stelt vast dat de noodzaak van voorlichtingsactiviteiten nog steeds bestaat. Dit blijkt niet alleen uit de evaluatie van het voorlichtingsplan, maar juist ook uit een aantal andere deelonderzoeken. Deze deelonderzoeken laten zien dat met betrekking tot specifieke onderdelen van de wet medewerkers van instellingen die de wet moeten uitvoeren nog onvoldoende op de hoogte zijn. Opvattingen dat de Wet Bopz bepaalde handelingen of beslissingen niet toelaat, zijn volgens de begeleidingscommissie ten dele gebaseerd op een gebrek aan kennis van en inzicht in de mogelijkheden die de wet wel biedt. Ook de voorlichtingsactiviteiten van instellingen richting patiënten en (dientengevolge) het kennisniveau van patiënten over hun rechtspositie laten blijken een aantal deelonderzoeken te wensen over. In een aantal aanbevelingen komt de begeleidingscommissie hier later nog op terug. Het belang van goede voorlichting kan naar de mening van de begeleidingscommissie niet worden overschat. Zonder goede informatie en voorlichting is het erg moeilijk een juiste toepassing van de wet in de praktijk te realiseren. Voorlichting is onvermijdelijk een gedeelde verantwoordelijkheid van overheid, brancheorganisaties, patiëntenorganisaties en de instellingen in het veld. Dit geeft wel een risico op versnippering van activiteiten en (daardoor) op het 'missen' van de relevantie van activiteiten uit de ene sector voor een of meer andere Bopz-sectoren. De begeleidingscommissie heeft de stellige indruk dat deze risico's zich deels al verwezenlijkt hebben. Bundeling van algemene en sectorale kennis en activiteiten op een sectoroverstijgend niveau

kan daaraan tegemoet komen. Dit is mogelijk door een kenniscentrum in te richten waar alle informatie inzake en rond de Wet Bopz wordt verzameld en toegankelijk wordt gemaakt. Een dergelijk kenniscentrum kan door middel van een vraagbaak- en helpdeskfunctie voldoen aan de voortdurende behoefte aan informatie rond actuele ontwikkelingen betreffende de Wet Bopz.

Aanbeveling 2:

De overheid moet haar coördinerende rol op het gebied van de voorlichting inzake de Wet Bopz versterken, door in overleg met betrokken organisaties een systeem voor permanente educatie te realiseren, in het bijzonder gericht op medewerkers die daadwerkelijk de wet moeten uitvoeren en door de voorlichting aan patiënten te verbeteren.

Aanbeveling 3:

De overheid moet middelen beschikbaar stellen voor een sectoroverstijgend kenniscentrum inzake de Wet Bopz.

2.3.2 Het Bopzis-registratiesysteem

Het functioneren van het Bopzis-registratiesysteem vormde ten tijde van de eerste evaluatie van de Wet Bopz een groot probleem. In 1996 functioneerde het systeem nog niet bij alle griffies en parketten. Het tweede probleem was dat het systeem niet alle informatie bevatte die nodig was om het functioneren van de wet adequaat te kunnen volgen. De toenmalige evaluatiecommissie (de commissie 1996) wijdde hieraan haar eerste aanbeveling, die als volgt luidde: "Het automatiseringssysteem dat de Wet Bopz ondersteunt, Bopzis, dient zodanig aangepast te worden dat het in een volgende evaluatieperiode daadwerkelijk kan dienen als instrument voor geautomatiseerde gegevensverzameling". In het kabinetsstandpunt uit 1997 neemt de regering deze aanbeveling over, evenwel zonder aan te geven op welke wijze de geconstateerde problemen met het registratiesysteem zullen worden verholpen.

Vanwege de in het verleden gebleken problemen is besloten aan het huidige functioneren van het Bopzis-systeem een separaat deelonderzoek te wijden. Dit onderzoek is uitgevoerd door Research voor Beleid te Leiden. Dit deelonderzoek levert het volgende beeld op. Ten tijde van de inwerkingtreding van de Wet Bopz in 1994 werden twee Bopzis-systemen operationeel, de een onder beheer van het ministerie van Justitie en de ander onder beheer van het ministerie van VWS. De doelstellingen van deze beide systemen waren en zijn:

- Het vergemakkelijken van de werkzaamheden van de griffies en de parketten;
- Het ondersteunen van de toezichhoudende taak van de Inspectie;
- Het genereren van cijfermatige informatie voor de jaarrapportages van de Inspectie, de evaluatie van de Wet Bopz en eventuele andere onderzoeken.

Het VWS-deel van Bopzis werd begin 2000 ondergebracht bij de Inspectie en door de Inspectie op belangrijke punten aangepast (Bopzis II). Om dit te kunnen realiseren werd de koppeling tussen het VWS- en het Justitie-deel van de Bopzis losgelaten. Door deze aanpassing werden de in 1996 geconstateerde knelpunten grotendeels weggenomen. Het Justitie-deel van het oorspronkelijke Bopzis-systeem (Bopzis I) is in de jaren na 1996 niet of nauwelijks aangepast en heeft nog steeds de zeer beperkte mogelijkheden die reeds in 1996 tot kritiek aanleiding gaven. De onderzoekers concluderen dat er momenteel twee Bopzis-registraties bestaan (I en II) die niet te koppelen zijn. Daarenboven constateren zij dat Bopzis I de hiervoor genoemde doelstellingen niet kan realiseren, mede omdat de parketten en griffies eigen dossiers en bestanden bijhouden, waarvan de inhoud regelmatig afwijkt van die van Bopzis I. In het algemeen benadrukken de onderzoekers dat de betrouwbaarheid van zowel Bopzis I als Bopzis II in sterke mate afhankelijk is van de registratietrouw van de toeleveranciers van de informatie. Dit maakt het noodzakelijk een aantal controlemomenten in het systeem in te bouwen. Die zijn er nu niet of onvoldoende.

De begeleidingscommissie stelt vast dat het VWS-deel van het Bopzis-systeem, thans onder beheer van de Inspectie, in de jaren na 1996 zodanig is aangepast dat de belangrijkste knelpunten zijn weggenomen en dat de effectiviteit van het systeem, zowel voor de Inspectie als voor andere gebruikers, sterk is verbeterd. Met betrekking tot dit deel van het Bopzis-systeem noemen de onderzoekers nog wel enkele verbeterpunten, maar is het oordeel in het algemeen positief.

Dat kan niet worden gezegd van het Justitie-deel van het Bopzis-systeem. De begeleidingscommissie constateert hier dat de aanbeveling uit de evaluatie van 1996 en de belofte van de regering deze aanbeveling over te nemen niet tot resultaat hebben geleid. Weliswaar zijn meer parketten en griffies Bopzis I gaan gebruiken, maar een aantal parketten en griffies werken er nog steeds niet mee, mede overigens vanwege de gebruiksonvriendelijkheid van het systeem. De betrouwbaarheid van de informatie is derhalve gering. Het systeem heeft van meet af aan beperkte mogelijkheden voor output maar is op dit en andere punten na 1996 niet of nauwelijks aangepast. Anno 2001 is het Justitie-deel van Bopzis nog steeds niet in staat de eertijds geformuleerde doelstellingen te realiseren. De begeleidingscommissie vindt dit een zorgelijke situatie, die toekomstig onderzoek ernstig kan bemoeilijken.

Aanbeveling 4:

Het Justitie-deel van het Bopzis-systeem behoort grondig te worden aangepast, in het bijzonder waar het gaat om de gebruiksvriendelijkheid, de inhoud en de mogelijkheden tot output van het systeem en om de registratietrouw te bevorderen. Bopzis I dient te worden omgevormd naar de systematiek van Bopzis II. Zo mogelijk dienen beide systemen te worden samengevoegd tot één Bopz-registratie.

Aanbeveling 5:

De overheid en de Inspectie behoren met betrekking tot beide Bopzis-systemen zorg te dragen voor het invoeren van controlemomenten waardoor de registratietrouw, en derhalve de betrouwbaarheid van het systeem, worden vergroot.

2.4 De externe rechtspositie

De externe rechtspositie van de patiënt omvat de regelingen uit de Wet Bopz met betrekking tot de opneming en het (voorwaardelijk) ontslag uit de instelling, alsmede de regels inzake het verlof. Op dit gebied zijn in het kader van de tweede evaluatie twee onderzoeken verricht:

- een onderzoek naar de verlof- en ontslagregeling in de psychiatrie;
- een onderzoek naar het functioneren van de opnameprocedure in psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

Relevant is voorts het onderzoek dat het Trimbos-instituut in 1999 uitvoerde naar het zogenaamde bereidheidscriterium en de omvang van de 'geen bereidheid geen bezwaar'-groep in de psychiatrie.

2.4.1 Het bereidheidscriterium

Een belangrijke verandering die de Wet Bopz introduceerde in vergelijking met de Krankzinnigenwet is het zogenaamde bereidheidscriterium, genoemd in art. 2 Bopz. Dit criterium houdt in dat van een opneming in een psychiatrisch ziekenhuis buiten de Wet Bopz om alleen sprake kan zijn als betrokkene in staat is blij te geven van de nodige bereidheid. Dit heeft gevolgen voor de groep patiënten die van bezwaar noch bereidheid blijk (kunnen) geven ('geen bereidheid geen bezwaar' – gbgb). Onder de Krankzinnigenwet gold het bezwaarcriterium en werden patiënten uit deze groep formeel vrijwillig in het psychiatrisch ziekenhuis opgenomen. Onder de

Wet Bopz kan de opnemings van deze patiënten alleen met een Bopz-procedure worden gerealiseerd.

De commissie 1996 constateerde dat deze wijziging in de praktijk slecht werd nagevolgd, zowel door onbekendheid als door bezwaren van hulpverleners tegen het bereidheidscriterium. Die bezwaren betroffen de negatieve invloed van een onvrijwillige opname van een patiënt uit de gbgg-groep op de therapeutische relatie en de belasting van een onvrijwillige opname voor de maatschappelijke positie van deze mensen. Ook zou het bereidheidscriterium de opname van een aantal patiënten bemoeilijken. Dit bracht de commissie 1996 tot de aanbeveling dat de wetgever zich opnieuw diende te bezinnen op het bereidheidscriterium. De regering besloot in 1997 deze aanbeveling 'vooralsnog' niet te volgen, om twee redenen:

- het bereidheidscriterium biedt ten opzichte van de situatie onder de Krankzinnigenwet extra rechtsbescherming;
- De omvang van de gbgg-groep is waarschijnlijk vrij klein; bij de meesten zal sprake zijn van verzet.

Wel besloot het ministerie van VWS naar aanleiding van de eerste evaluatie van de Wet Bopz om nader onderzoek naar de problematiek van het bereidheidscriterium te laten verrichten. Dit onderzoek werd verricht door het Trimbos-Instituut. De resultaten zijn in 1999 gepubliceerd.

De onderzoeksopdracht aan het Trimbos-instituut hield in: het doen van onderzoek naar de omvang van de gbgg-groep en het doen van aanbevelingen over de toepassing van de Wet Bopz in deze gevallen. De commissie stelt vast dat in het rapport van het Trimbos-instituut aan het tweede deel van de onderzoeksopdracht niet is voldaan. Het rapport beperkt zich op dat punt tot het weergeven van de opvattingen van de respondenten van het onderzoek (psychiaters en rechters). Met betrekking tot de omvang van de gbgg-groep komen de verschillende respondenten tot de volgende schattingen van percentages van het aantal onvrijwillige opnames:

- ambulante psychiaters: 27%
- rechters: 34%
- klinische psychiaters: 14%

Het onderzoek wijst uit dat, anders dan de Wet Bopz beoogt, lang niet alle patiënten uit de gbgg-groep via een Bopz-procedure worden opgenomen. Naar schatting behoort 15% van alle patiënten die in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen tot de gbgg-groep. Van deze patiënten wordt slechts een deel met een IBS of RM opgenomen. Dit heeft te maken met zowel onbekendheid met als weerstand tegen het bereidheidscriterium. Overigens komt uit het onderzoek ook naar voren dat de aanname dat onder de Krankzinnigenwet patiënten uit de gbgg-groep altijd vrijwillig werden opgenomen, niet juist is. Met betrekking tot de huidige situatie zijn psychiaters overwegend van mening dat het bereidheidscriterium moet worden geschrapt. Zij achten het criterium schadelijk voor patiënten, het criterium wordt maar beperkt toegepast en naar hun mening zal afschaffing geen ongewenste effecten hebben. Ook rechters voorzien bij afschaffing geen ongewenste effecten of misstanden, maar willen in meerderheid het bereidheidscriterium wel handhaven. Dit brengt de onderzoeker tot de conclusie dat de ondervraagde rechters om principiële redenen voor het bereidheidscriterium kiezen.

De begeleidingscommissie constateert dat het bereidheidscriterium problematisch blijft. In de uitkomsten van de eerste evaluatie vond de commissie 1996 al aanleiding om vraagtekens te plaatsen bij het bereidheidscriterium. De uitkomsten van het onderzoek van het Trimbos-instituut versterken naar de mening van de begeleidingscommissie deze vraagtekens. Eén van de argumenten van de regering uit 1997 om het criterium vooralsnog te handhaven, het vrij kleine aantal gbgg-patiënten, lijkt op grond van het onderzoek niet langer houdbaar. Het

andere argument, de extra rechtsbescherming die het bereidheidscriterium zou bieden, staat onder druk. In de praktijk zijn zowel de onbekendheid met als de weerstand tegen het bereidheidscriterium nog steeds groot. In die situatie is er in de periode 1996-1999 weinig veranderd. Het heeft er alle schijn van dat de intenties die de wetgever met het bereidheidscriterium had, niet kunnen worden gerealiseerd. De begeleidingscommissie heeft niet de indruk dat er effectieve maatregelen zijn om in deze situatie verandering te brengen. Daar komt bij dat, zoals gezegd, psychiaters noch rechters verwachten dat afschaffing van het criterium tot ongewenste effecten zal leiden.

Niet alleen waar het gaat om de psychiatrie, maar ook ten aanzien van de beide andere sectoren waarop de Wet Bopz van toepassing is, twijfelt de begeleidingscommissie zeer aan het nut van de toepassing van de wet met betrekking tot gbgb-patiënten. De begeleidingscommissie formuleert op deze plaats geen aanbeveling ter zake, maar komt op twee plaatsen in dit rapport op deze problematiek terug: in par. 2.4.3 waar het gaat om de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten en in par. 2.8.3. ten principale.

2.4.2 De verlof- en ontslagregeling in de psychiatrie

De resultaten van de eerste evaluatie van de Wet Bopz brachten de commissie 1996 tot de conclusie dat de regeling voor verlof en ontslag nog niet uit de verf kwam. Het beperkte aantal malen dat voorwaardelijk verlof en voorwaardelijk ontslag werd geregistreerd, wekte de indruk dat de administratieve verplichtingen van de wet niet werden nageleefd. Ook was het de vraag of de in de wet gestelde procedurele verplichtingen wel hanteerbaar waren voor de praktijk. De commissie 1996 verbond aan deze bevindingen verschillende aanbevelingen.

Tijdens de tweede evaluatie is naar de verlof- en ontslagregeling in de psychiatrie onderzoek gedaan door Research voor Beleid. Dit onderzoek betrof tevens de ervaringen met de zogenaamde 'paraplumachtiging' en de opvattingen van de respondenten over het wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging (27289). Uit het onderzoek komen de volgende punten naar voren:

- Er zijn geen geaggregeerde gegevens beschikbaar over het aantal gevallen waarin van de bepalingen inzake verlof en ontslag gebruik wordt gemaakt. De registratie van gegevens die volgens de wet terzake aan de Inspectie moeten worden verstrekt, is zeer onvolledig;
- De instellingen zijn behoorlijk bekend met de betreffende wettelijke bepalingen. De praktijk van het verlof en ontslag verloopt grosso modo zoals de wet het bedoeld heeft. Sommige wettelijke bepalingen worden echter niet nageleefd (bij verlof wordt bijvoorbeeld zelden of nooit aan de patiënt de wettelijk vereiste schriftelijke verklaring gegeven);
- Evenals in 1996 het geval was, is het voor de praktijk verwarrend dat in feite de behandelaar de beslissing inzake verlof/ontslag neemt, maar dat de wet spreekt van een beslissing van de geneesheer-directeur. Dit leidt tot papieren betrokkenheid van de geneesheer-directeur en beperkt de mogelijkheden op controle van de naleving van de wet;
- De zogenaamde 'paraplumachtiging', in 1998 door de Hoge Raad als zodanig geaccepteerd, voorziet in een behoefte. Deze machtiging houdt in dat betrokkene na een aanvankelijke (korte) opname langere tijd buiten de instelling verblijft en op grond van de machtiging kan worden (her)opgenomen zodra dat nodig is;
- Zowel psychiaters, geneesheren-directeur als patiëntenorganisaties geven aan geen behoefte te hebben aan de voorwaardelijke machtiging. Zij menen dat deze mogelijkheid ten opzichte van de huidige 'paraplumachtiging' geen toegevoegde waarde heeft.

De begeleidingscommissie stelt vast dat, door het ontbreken van een betrouwbare registratie, geen goed beeld bestaat van het aantal gevallen waarin de verlof- en ontslagregeling wordt toegepast. De wettelijke meldingsplicht terzake wordt door de instellingen niet goed nageleefd. Het niet-naleven van een aantal wettelijke bepalingen is in de ogen van de begeleidingscommissie zorgelijk. Dit geldt in het bijzonder voor de bepaling dat bij verlof aan de patiënt een schriftelijke verklaring wordt verstrekt. De onderzoekers twifelen aan het nut van deze bepaling, maar de begeleidingscommissie denkt daar anders over. De verklaring is immers voor de patiënt het bewijs dat hij rechtmatig buiten de instelling verblijft. Uit het onderzoek blijkt voorts dat de patiënten onvoldoende op de hoogte zijn van hun rechtspositie ter zake van verlof en voorwaardelijk ontslag. De wettelijk vereiste schriftelijke verklaring (die overigens bij voorwaardelijk ontslag vaak wel wordt gegeven) is één van de manieren om de patiënt te informeren. De effectiviteit van de schriftelijke verklaring kan mogelijk worden vergroot door deze in afschrift te zenden aan de raadsman van de patiënt.

De begeleidingscommissie kan zich voorstellen dat instellingen en hulpverleners er moeite mee hebben dat de wet spreekt van een verlof- of ontslagbeslissing van de geneesheer-directeur, terwijl deze beslissing in feite door de behandelaar van de patiënt wordt genomen. Dat de wet op deze plaats, maar ook op vele andere plaatsen, bevoegdheden toekent aan de geneesheer-directeur brengt tot uitdrukking de verantwoordelijkheid van de instelling als zodanig voor de patiënt. Ook wordt op deze wijze voorkomen dat binnen dezelfde instelling door verschillende behandelaars een uiteenlopend beleid wordt gevoerd. Een aanpassing van de wet op dit punt vergt een aanzienlijke ingreep, die niet beperkt zal blijven tot de bepalingen inzake verlof en ontslag. Dat lijkt de begeleidingscommissie geen verstandige aanpak. Naar de mening van de begeleidingscommissie is het belangrijk formele beslissingen inzake de vrijheidsrechten van patiënten in één hand te houden, namelijk die van de geneesheer-directeur. Waar nodig, bijvoorbeeld in (geografisch) grote instellingen, kan worden besloten per locatie of gedeelte van de instelling een leidinggevende psychiater tot geneesheer-directeur in de zin van de Wet Bopz te benoemen. De rol van de behandelaar blijft dan helder, namelijk die van leverancier van informatie en adviseur van de geneesheer-directeur.

Over de relatie tussen de huidige paraplumachtiging en het wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging (27289) merkt de begeleidingscommissie het volgende op. Blijkens het onderzoek wordt in de praktijk de meerwaarde van de voorwaardelijke machtiging ten opzichte van de paraplumachtiging niet of nauwelijks ervaren. Ervan uitgaande dat een voorwaardelijke machtiging ook kan volgen op een 'intramurale' machtiging (de huidige voorlopige machtiging of machtiging tot voortgezet verblijf), valt te verwachten dat de voorwaardelijke machtiging te zijner tijd de paraplumachtiging zal gaan vervangen. Dat is volgens de begeleidingscommissie een goede zaak, want de regeling van voorwaardelijke machtiging biedt de patiënt meer waarborgen en rechtsbescherming dan de huidige praktijk van de paraplumachtiging en de overige door de Hoge Raad gefiatteerde varianten daarvan. Bijvoorbeeld omdat, anders dan bij de paraplumachtiging, de patiënt in het kader van voorwaardelijke machtiging moet instemmen met het behandelingsplan. De begeleidingscommissie heeft geen oordeel over de groep patiënten waarvoor de voorwaardelijke machtiging geschikt zou kunnen zijn of over de te verwachten effectiviteit van deze maatregel. Het in het kader van de tweede evaluatie verrichte onderzoek biedt geen aanknopingspunten voor een dergelijk oordeel.

De begeleidingscommissie wijst erop dat in het onderzoek buiten beschouwing is gebleven de problematiek van het intrekken van verlof of voorwaardelijk ontslag, bijvoorbeeld omdat de patiënt niet aan de voorwaarden voldoet. Tegen een dergelijke intrekking kan de patiënt in beroep gaan bij de rechter. Door het ontbreken van gegevens over zowel het aantal gevallen

van verlof/voorwaardelijk ontslag als het aantal intrekkingen, kan de betekenis van deze vorm van rechtsbescherming niet beoordeeld worden.

Aanbeveling 6:

De instellingen behoren de wettelijke registratieplichten op het gebied van verlof en ontslag beter na te leven; de Inspectie behoort hier gericht op toe te zien.

Aanbeveling 7:

De instellingen behoren de informatie aan patiënten over hun rechtspositie terzake van verlof en ontslag te verbeteren. Dit is onder meer mogelijk door een betere naleving van de huidige wettelijke regels betreffende het aan de patiënt verstrekken van een schriftelijke verklaring.

Aanbeveling 8:

Overheid en brancheorganisaties behoren hulpverleners en instellingen beter voor te lichten over de verhouding tussen de 'gewone' rechterlijke machtiging, de paraplumachtiging, voorwaardelijk ontslag en de toekomstige voorwaardelijke machtiging.

Aanbeveling 9:

Bij een volgende evaluatie dient ook de problematiek van de intrekking van verlof/voorwaardelijk ontslag en de in dat kader in de wet opgenomen vormen van rechtsbescherming te worden onderzocht.

2.4.3 De externe rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector

Verzet een patiënt zich tegen de opname in een psychogeriatric verpleeghuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten, dan kan de opname slechts worden gerealiseerd op basis van een IBS of een RM. Gaat het om een patiënt die van bezwaar noch bereidheid blijkt geeft, dan geldt met betrekking tot de opname in een van deze instellingen een procedure die afwijkt van de procedure betreffende een psychiatrisch ziekenhuis. Van toepassing in dat geval is art. 60 Bopz, krachtens welke bepaling een indicatiecommissie het groene licht kan geven voor opname in gevallen waarin betrokkene zich ten gevolge van zijn geestesstoornis niet buiten de instelling kan handhaven. Zowel art. 60 Bopz als de daarop gebaseerde algemene maatregel van bestuur verbinden aan deze procedure een aantal vormen van rechtsbescherming.

Ten tijde van de eerste evaluatie van de Wet Bopz verliep de art. 60-procedure nog bepaald niet naar wens. De commissie 1996 bepleitte in de richting van de indicatiecommissies meer voorlichting over de centrale begrippen van de wet. Ook achtte deze commissie op een aantal knellende punten, waaronder het moment van indicatiestelling, verheldering nodig, bijvoorbeeld in de vorm van procedureafspraken. In het kabinetsstandpunt uit 1997 worden beide aanbevelingen overgenomen. De regering zegde toe dat waar nodig gerichte, specifieke voorlichting zou worden gegeven. Ook met betrekking tot het verhelderen van wetstermen en het (doen) maken van procedurele afspraken deed de regering toezeggingen, overigens mede verwijzend naar de activiteiten van koepelorganisaties terzake. In dit kader is voorts relevant dat de commissie 1996 de aanbeveling deed het begrip criteria inzake het 'verzet' te ontwikkelen, bijvoorbeeld ten aanzien van inhoud en persistentie. De regering onderschreef deze aanbeveling en zegde toe dit in overleg met de koepels te zullen oppakken.

De functie van art. 60 Bopz wordt in de psychogeriatric vervuld door regionale indicatie organen (RIO's) en in de zorg voor verstandelijk gehandicapten door indicatiecommissies. Het functioneren van deze instanties is onderzocht door het Trimbos-instituut. Uit het onderzoek komt een

aanzienlijk aantal problemen naar voren. Op het niveau van de regelgeving wordt geconstateerd dat huidige regelingen inzake de indicatiecommissies erg ingewikkeld in elkaar zitten en lacunes vertonen. Het gaat inmiddels in beide sectoren om een aantal ministeriële regelingen en besluiten, waarin de specifieke taak die voortvloeit uit art. 60 Bopz niet altijd een heldere plaats krijgt. Daardoor bestaat de kans dat deze taak onvoldoende aandacht krijgt. Het onderzoek naar het functioneren van de commissies in de praktijk wijst ook in deze richting. Uit het onderzoek blijkt dat een aanzienlijk aantal RIO's en indicatiecommissies de taak die art. 60 Bopz hen opdraagt niet of erg gebrekkig uitvoeren. De voornaamste knelpunten zijn:

- De indicatiecommissies hanteren een begrip 'verzet' dat beperkter is dan de wetgever heeft bedoeld;
- De indicatiecommissies voeren de Bopz-toets niet uit kort voordat betrokkene kan worden opgenomen, maar in de regel al enige maanden eerder;
- De indicatiecommissies delen betrokkene lang niet altijd schriftelijk en mondeling mee dat hij zich tegen opname kan verzetten;
- De indicatiecommissies toetsen vaak niet (of niet expliciet) of betrokkene zich buiten de instelling zou kunnen handhaven;
- De indicatiecommissies leggen het Bopz-ordeel zelden vast en delen het vaak niet aan betrokkene mede.

De onderzoekers twijfelen eraan of de art. 60-procedure gehandhaafd zou moeten blijven.

Op grond van dit onderzoek concludeert de begeleidingscommissie dat de rechtsbescherming die de procedure van art. 60 Bopz beoogt te bieden, in de praktijk uitermate gering danwel non-existent is. Door de beperkte wijze waarop het begrip 'verzet' wordt opgevat, is de uitwerking van de art. 60-procedure eerder dat de patiënt aan rechtsbescherming wordt onttrokken (door de IBS- of RM-procedure niet toe te passen) dan dat rechtsbescherming geboden wordt. Dat is naar de mening van de begeleidingscommissie een ernstige zaak. De discrepantie tussen de tekst van de wet en de bedoeling van de wetgever enerzijds en de praktijk van de art. 60-procedure anderzijds lijkt te worden veroorzaakt door de combinatie van in elk geval de volgende factoren: onduidelijke en/of ingewikkelde regelgeving, het ontbreken van draagvlak in het veld voor de ratio van de art. 60-procedure, (mede daardoor) onvoldoende 'awareness' bij de indicatiecommissies betreffende het belang van de art. 60-procedure en een onjuiste toepassing van wettelijke begrippen en procedures. De indicatiecommissies zijn niet of te weinig gericht op een expliciete uitvoering van de art. 60-taak. Een illustratie hiervan is de praktijk om de Bopz-norm 'zich niet buiten de instelling kunnen handhaven' gelijk te stellen met de Awbz-norm 'in aanmerking komen voor...' en de toetsing te beperken tot de tweede norm. Het komt er volgens de onderzoekers op neer dat de meeste van de knelpunten die reeds in 1996 met betrekking tot de indicatiecommissies werden geconstateerd anno 2001 nog steeds bestaan.

De onderzoekers plaatsen ook grote vraagtekens bij de praktijk van de indicatiecommissies om de toetsing aan de criteria en vereisten van art. 60 geruime tijd voor de feitelijke opname uit te voeren. De begeleidingscommissie heeft hier wat minder moeite mee. Wel moet een onderscheid worden gemaakt tussen:

- beoordeling van de Bopz-norm voor opname en verblijf;
- beoordeling van de vraag of betrokkene zich verzet.

Waar het gaat om de toetsing aan de Bopz-norm 'zich niet kunnen handhaven buiten de instelling' acht de begeleidingscommissie het in het algemeen geen bezwaar dat de toetsing aan deze norm enige tijd voor de opname plaatsvindt, nu gelet op de kenmerken van de betreffende patiëntenpopulaties aanzienlijke wijzigingen in hun situatie en gezondheidstoestand doorgaans niet te verwachten zijn. Wel behoort naar de mening van de begeleidingscommissie kort voor de feitelijke opname door of vanwege de indicatiecommissie te worden gecontro-

leerd of de omstandigheden inderdaad ongewijzigd zijn. Het aan betrokkene doen van de schriftelijke en mondelinge mededeling dat hij zich tegen de opnemingsprocedure kan verzetten (art. 60 lid 5 Bopz) en het vaststellen van zijn mening terzake behoort in de visie van de begeleidingscommissie wel kort voor de feitelijke opnemingsprocedure plaats te vinden. Op dit punt kan er immers bij betrokkene sprake zijn van wisselende opvattingen en uitingen.

De bevindingen met betrekking tot de art. 60-procedure behoren logischerwijs te worden gevolgd door aanbevelingen die er, uitgaande van de huidige regeling van de wet, toe strekken de bestaande praktijk te verbeteren. Te denken valt aan de volgende aanbevelingen:

- De regelgeving betreffende de Bopz-taak van de indicatiecommissies in de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten behoort te worden verduidelijkt. De Bopz-waarborgen behoren een heldere plaats te krijgen in deze regelgeving en in de wijze waarop deze wordt toegepast;
- De overheid behoort de betreffende commissies voor te lichten over de bedoeling van de art. 60-procedure en over de betekenis van de in dat kader geldende begrippen en vereisten.

De begeleidingscommissie heeft zich echter ook de vraag gesteld of de art. 60-procedure wel moet worden gehandhaafd. Zij roept in herinnering dat al ruimschoots voor de inwerkingtreding van de Wet Bopz in de betreffende sectoren bezwaar werd gemaakt tegen deze procedure. Van een rechtsbeschermend effect van de art. 60 procedure is naar de mening van de begeleidingscommissie acht jaren na de inwerkingtreding van de Wet Bopz nog steeds geen sprake.

De begeleidingscommissie twijfelt er sterk aan of het veranderingsvermogen van de indicatiecommissies zodanig is dat in de toekomst dit rechtsbeschermende effect alsnog kan worden gerealiseerd. Het heeft er alle schijn van dat we hier stuiten op een grens van hetgeen met wetgeving bereikt kan worden. Daar komt naar de mening van de begeleidingscommissie bij dat het maar de vraag is of het noodzakelijk is de groep patiënten die van bereidheid noch bezwaar blijk (kunnen) geven onder de Wet Bopz te blijven houden. De begeleidingscommissie is er zich van bewust dat over deze problematiek tijdens de parlementaire behandeling van de Wet Bopz intensief is gesproken en dat de zeer lange duur van die behandeling daar in belangrijke mate door is veroorzaakt. De begeleidingscommissie is echter niet overtuigd van de juridische noodzakelijkheid om de gbg-groep onder de wet te houden, en nog veel minder van de effectiviteit en de rechtsbescherming van de huidige Bopz-regelingen inzake gbg-patiënten. Op zijn minst vraagt deze problematiek in de ogen van de begeleidingscommissie zeer serieuze heroverweging.

Niet alleen in de psychiatrie (zie par. 2.4.1) maar ook met betrekking tot de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten lijkt het de begeleidingscommissie het meest verstandig het bezwaarcriterium te introduceren en patiënten uit de gbg-groep niet langer onder de Wet Bopz te laten vallen. In plaats daarvan zou kunnen worden bepaald dat deze patiënten kunnen worden opgenomen met instemming van een vertegenwoordiger. Aanvullend kan worden bepaald dat kort voor de opnemingsprocedure wordt gecheckt en komt vast te staan dat van verzet geen sprake is. De begeleidingscommissie denkt daarbij aan een door de opnemende instelling af te geven verklaring. Is er wel verzet, dan behoort de IBS- of RM-procedure te worden toegepast. Het begrip verzet moet in dat kader worden geoperationaliseerd.

De begeleidingscommissie formuleert op deze plaats van haar rapport geen aanbeveling over deze problematiek. Zij komt hierop ten principale terug in par. 2.8.3.

2.5 De interne rechtspositie

De interne rechtspositie van de patiënt omvat de regels van de Wet Bopz die de positie van de patiënt tijdens zijn verblijf in de instelling krachtens een IBS, een RM of de art. 60-procedure bepalen. Met betrekking tot de interne rechtspositie zijn onder de hoede van de begeleidingscommissie drie deelonderzoeken gedaan:

- een onderzoek naar de interne rechtspositie in de psychiatrie;
- een onderzoek naar de interne rechtspositie in de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten;
- een onderzoek naar de werking van het klachtrecht van de Wet Bopz en het toezicht van de Inspectie.

Daarnaast is voor de interne rechtspositie van belang een studie naar de mogelijkheden om bij onvrijwillig opgenomen patiënten zonder ziekte-inzicht de criteria voor dwangbehandeling te verruimen. Deze studie, in 2000 door het Trimbos-instituut uitgevoerd, zal door de begeleidingscommissie in de beschouwingen worden betrokken.

De interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz omvat in hoofdzaak de volgende onderwerpen:

- het recht van patiënten op informatie over hun rechtspositie;
- de huisregels;
- het toestemmingsvereiste, het behandelingsplan en de mogelijkheden voor dwangbehandeling;
- het toepassen van dwang in noodsituaties;
- het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen;
- het klachtrecht.

2.5.1 De interne rechtspositie in de psychiatrie

Uit de eerste evaluatie van de Wet Bopz kwam naar voren dat omstreeks 1996 de implementatie van de interne rechtspositieregeling in de psychiatrie nog niet voltooid was. Voor zover de interne beleidsdocumenten van instellingen aan de wet waren aangepast, was dat niet in alle gevallen overeenkomstig de tekst van de wet gebeurd. De commissie 1996 constateerde onder meer problemen met betrekking tot de inhoud van de huisregels, het onderscheid tussen dwangbehandeling en dwang in noodsituaties, het criterium voor dwangbehandeling, en de melding aan en de toetsende rol van de Inspectie. In het kabinetsstandpunt uit 1997 kondigde de regering vooral maatregelen en activiteiten betreffende de Inspectie aan: toezicht door de Inspectie op naleving van de interne rechtspositieregeling en aanpassing van de formulieren en de regelgeving terzake van het melden van dwang en vrijheidsbeperkingen aan de Inspectie. Met betrekking tot het laatste punt is door de Wet van 22 juni 2000, Stb. 292, art. 38 Bopz gewijzigd, en wel in die zin dat nu ook de beëindiging van een dwangbehandeling aan de Inspectie moet worden gemeld.

In het kader van de tweede evaluatie is naar het functioneren van de interne rechtspositieregeling onderzoek gedaan door het Trimbos-instituut. De onderzoekers constateren op een aantal punten duidelijke verbeteringen ten opzichte van de situatie in 1996. Zo wordt tegenwoordig veel vaker dan toen het geval was een schriftelijk behandelingsplan opgesteld. Een aantal problemen uit 1996 bestaat echter nog steeds. Huisregels bevatten onderwerpen en vrijheidsbeperkingen die daarin niet thuishoren. Informatiebrochures van instellingen bevatten onjuiste informatie over dwangtoepassing en vrijheidsbeperkingen en zijn op andere punten (zoals het klachtrecht) te summier. In de praktijk komt in de huisregels regelmatig de standaardbepaling voor dat onvrijwillig opgenomen patiënten in de eerste periode van het verblijf de afdeling niet mogen verlaten, dit in strijd met art. 40 Bopz (bewegingsvrijheid, tenzij..). Juiste toepassing van art. 40 wordt door instellingen vooral bij patiënten met een IBS bijzonder moeilijk geacht. Het

onderzoek wijst voorts uit dat hulpverleners nog steeds moeite hebben met het door hen als te beperkt ervaren criterium voor dwangbehandeling, met het onderscheid tussen dit criterium voor dwangbehandeling en het criterium voor dwang in noodsituaties en met het operationaliseren van beide criteria. Dat laatste geldt ook voor de criteria inzake wilsonbekwaamheid. Op het punt van de criteria voor dwangtoepassing lijkt overigens in de rechtspraak sprake te zijn van een betere aansluiting bij tekst en intentie van de huidige wet. Aanvankelijke verruiming van de criteria voor dwangtoepassing (bijvoorbeeld door het aanvaarden van 'latent gevaar') zijn weer wat ingedamd (door het vereiste van 'tastbaarheid').

De begeleidingscommissie leidt uit het onderzoek af dat het toepassen van de interne rechtspositieregeling nog bepaald niet makkelijk gaat. Naar de mening van de begeleidingscommissie houdt dat in belangrijke mate verband met de veelheid aan begrippen en criteria die deze regeling bevat, maar ook met de nog immer bestaande weerstand onder instellingen en hulpverleners tegen de wijze waarop de Wet Bopz de onvrijwillige opname en de mogelijkheid van dwangbehandeling 'ontkoppelt'. Hierop komt de begeleidingscommissie in par. 2.5.2 terug. In het algemeen meent de begeleidingscommissie dat de uitvoeringspraktijk betreffende de interne rechtspositie nog steeds verbetering behoeft en dat in vergelijking met de evaluatie van 1996 maar relatief weinig vordering is gemaakt. Overigens wijst de begeleidingscommissie erop dat met betrekking tot de interne rechtspositie van de niet-vrijwillig opgenomen patiënt niet alleen de Inspectie een toezichthoudende taak heeft, maar ook –op grond van art. 67 Bopz –het Openbaar Ministerie.

Aanbeveling 10:

Instellingen behoren een duidelijker onderscheid te maken tussen algemene huisregels die voor alle patiënten gelden en vrijheidsbeperkende maatregelen die, met inachtneming van het bepaalde in art. 40 Bopz, alleen op basis van een individuele indicatie mogen worden toegepast.

Aanbeveling 11:

Het toezicht van de Inspectie op de naleving van de interne rechtspositieregeling, alsmede op de inhoud van beleidsdocumenten en informatiebrochures van instellingen, moet worden geïntensiveerd.

Op het vraagstuk van de criteria voor dwangbehandeling komt de begeleidingscommissie aan het slot van par. 2.5.2 nader terug.

2.5.2 Dwangbehandeling bij onvrijwillig opgenomen patiënten zonder ziekte-inzicht

Over een belangrijk onderdeel van de interne rechtspositie, het vraagstuk van de dwangbehandeling, wordt al geruime tijd een meer principiële discussie gevoerd. Al in het kader van de eerste evaluatie bleek dat instellingen en hulpverleners de mogelijkheden voor dwangbehandeling als te beperkt ervaren. Voor de regering was dit een van de aanleidingen om, in aansluiting op de resultaten van de eerste evaluatie van de Wet Bopz, advies te vragen aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over het vraagstuk van de dwangtoepassing. Dit advies, getiteld 'Beter (z)onder dwang', werd gepubliceerd in 1997. In het kabinetsstandpunt betreffende de eerste evaluatie van de Wet Bopz reageert de regering zowel op de evaluatieresultaten als op het rapport van de RVZ. De regering onderschreef de conclusie van de RVZ dat de huidige criteria voor dwangbehandeling voor patiënten zonder ziekte-inzicht in sommige situaties te weinig ruimte voor effectieve zorgverlening zouden kunnen bieden. Aan de andere kant, aldus de regering, is bij verruiming van de criteria voor dwangbehandeling de nodige voorzichtigheid geboden. De regering kondigde nader onderzoek aan.

Dit onderzoek is inmiddels verricht door het Trimbos-instituut. De resultaten werden in 2000 gepubliceerd. Het onderzoek richtte zich op bouwstenen voor een beslissing of de Wet Bopz moet worden aangepast om de mogelijkheden voor dwangbehandeling bij patiënten zonder ziekte-inzicht te verruimen. Het onderzoeksrapport bevat een nuttige analyse en bespreking van bouwstenen als: de doelgroep van de eventuele wetswijziging, de stoornissen waaraan deze patiënten lijden, de bepaling van 'gebrek aan ziekte-inzicht', de eventuele redenen voor dwangtoepassing bij deze groep, de beschikbaarheid, effectiviteit en neveneffecten van behandelmethoden en de ethische en juridische aspecten van dwangbehandeling. De onderzoekers komen onder meer tot de volgende bevindingen:

- Van onvrijwillig opgenomen patiënten zonder ziekte inzicht die behandeling weigeren, wordt minder dan de helft onder dwang behandeld;
- Er is weinig overeenstemming over hoe 'gebrek aan ziekte-inzicht' bepaald moet worden (d.w.z. enige overeenstemming over de kern van dit begrip, maar niet over de aanvullende criteria);
- De situaties waarin hulpverleners dwang zouden willen toepassen zijn niet beperkt tot gevaar, maar omvatten ook zaken als ernstige verwardheid, overlast of ontoegankelijkheid van de patiënt;
- Voor de stoornissen van de betreffende patiënten zijn medicamenteuze behandelingen beschikbaar, maar er kunnen geen algemene uitspraken worden gedaan over de effectiviteit van deze behandelingen onder dwang. Die effectiviteit kan zowel negatief als positief uitvallen;
- Psychiatrische diagnoses en begrippen als 'het ontbreken van ziekte-inzicht' zijn niet geschikt om als criteria voor dwangbehandeling in de wet te worden opgenomen.

Over de ethische aspecten van deze problematiek bestond in de ten behoeve van dit onderzoek geraadpleegde groep van experts geen breed gedragen collectieve opvatting. Wel meenden de meeste deelnemers aan deze meeting dat het de voorkeur verdiende de ethische dilemma's rond dwangbehandeling 'op spanning te houden' en huidige wettelijke regels niet te wijzigen. De nadelen van een dergelijke wijziging, waaronder het risico van willekeur, achtte deze expertgroep groter dan de voordelen. Van een wettelijke regeling van zelfbinding werd meer heil verwacht. Daarnaast bestond een grote behoefte aan het ontwikkelen van professionele richtlijnen betreffende aandachtspunten rond dwangbehandeling. Die richtlijnen zouden ertoe moeten leiden dat de discussie en de praktijk inzake dwangbehandeling zich minder eenzijdig op het begrip 'gevaar' richten.

Waar het gaat om de criteria voor dwangbehandeling stelt de begeleidingscommissie vast dat de in de par. 2.5.1 en 2.5.2 behandelde onderzoeken niet helemaal op één lijn zitten. Uit het in par. 2.5.1 genoemde onderzoek blijkt dat hulpverleners nog steeds moeite hebben met de door hen als te beperkt ervaren criteria voor dwangbehandeling. Daarentegen laten de uitkomsten van de in par. 2.5.2 genoemde studie zien dat terughoudendheid bestaat, ook onder hulpverleners, ten aanzien van wettelijke verruiming van deze criteria waar het gaat om patiënten zonder ziekte-inzicht. De begeleidingscommissie meent dat deze onderzoeken geen basis bieden voor aanpassing van de wet. Dit overigens te meer nu recentelijk in het thans bij de Eerste Kamer aanhangige wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging (27289) bij amendement reeds een generieke aanpassing van art. 38 Bopz is opgenomen: bij aanvaarding van dit wetsvoorstel wordt het criterium voor dwangbehandeling gewijzigd van 'ernstig gevaar' in 'gevaar'. Met deze wetswijziging wordt beoogd het criterium voor dwangbehandeling minder strikt te maken. In het kader van toekomstige evaluaties kan worden onderzocht in hoeverre dit ook werkelijk het geval is. In aanvulling daarop is het wenselijk professionele richtlijnen te ontwikkelen, zeker nu vanuit het veld zelf de behoefte daaraan wordt aangegeven.

Aanbeveling 12:

De betrokken organisaties en beroepsgroepen in het veld behoren richtlijnen te ontwikkelen waarin wordt ingegaan op belangrijke aandachtspunten rond de criteria voor en de toepassing van dwangbehandeling.

2.5.3 De interne rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector

De eerste evaluatie van de Wet Bopz liet een enigszins ambivalent beeld zien met betrekking tot de interne rechtspositieregeling in de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Enerzijds kwam naar voren dat de rechtspositie door de Wet Bopz verbeterd werd, omdat deze wet een aantal voordelen had boven de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Aan de andere kant kwam uit het onderzoek naar voren dat men vrij algemeen van mening was dat de Wet Bopz niet goed aansloot bij het eigen karakter van deze sectoren. Die kritiek betrof met name de begrippen die in de wet werden gehanteerd en die in deze sectoren niet werden herkend. In het kabinetsstandpunt uit 1997 werd om deze reden een aantal voorlichtingsactiviteiten aangekondigd en werd voorts het belang onderstreept van een op deze sectoren betrekking hebbende operationalisering van kernbegrippen uit de wet.

In het kader van de tweede evaluatie is de interne rechtspositieregeling onderzocht door de Juridische Faculteit van de Vrije Universiteit. Uit dit onderzoek leidt de begeleidingscommissie af dat de hierboven genoemde activiteiten geen noemenswaardige veranderingen teweeg hebben gebracht. Het onderzoek laat een aantal positieve aspecten zien. Zo zijn de hoofdlijnen van de Bopz-bepalingen vrij goed bekend, worden de uitgangspunten van de wet door hulpverleners onderschreven en heeft de Wet Bopz in het algemeen tot een grotere bewustwording en zorgvuldigheid geleid. Daar staat tegenover dat er nog steeds veel problemen zijn bij de 'vertaling' van procedures en begrippen uit de Wet Bopz naar de praktijk. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om het begrip verzet, de criteria voor wils(on)bekwaamheid, de criteria voor dwangtoepassing en het onderscheid tussen vrijheidsbeperkingen en huisregels. Er is volgens de onderzoekers onhelderheid over de rol van de vertegenwoordiger. Het gevoel in beide sectoren is dat de Wet Bopz toch vooral bedoeld is voor en toepasbaar is op situaties waarin 'herstel' valt te verwachten. Ook menen hulpverleners dat de bepalingen van de wet niet geschikt zijn om grip te krijgen op het gevarieerde scala van (vrijheids)beperkingen dat van oudsher in deze sectoren gangbaar is. Een belangrijk probleem is voorts, dat op de werkvloer niet of nauwelijks een onderscheid wordt gemaakt tussen bewoners die wel en bewoners die niet krachtens een Bopz-procedure zijn opgenomen. In beide sectoren verblijven verhoudingsgewijs veel bewoners die –in een aantal gevallen ten onrechte– geen Bopz-status hebben, maar die wel aan beperkingen en dwang worden onderworpen. De onderzoekers doen een aantal aanbevelingen die erop zijn gericht de huidige praktijk beter te doen aansluiten op de wet. In dat kader pleiten zij er ook voor de registratie van beperkingen en dwang te verbreden, d.w.z. te registreren ongeacht de juridisch status van de bewoner. De onderzoekers stellen echter ook de vraag of de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz op deze sectoren van toepassing moeten blijven. Zij beantwoorden deze vraag ontkennend. Op grond van een aantal argumenten (de art. 60-indicatie heeft in de instelling geen meerwaarde, de terminologie van de wet past niet bij deze sectoren, er komen beperkingen voor die niet door de wet bestreken worden, de Wet Bopz heeft teveel een instellingsgebonden karakter) prefereren de onderzoekers een wet die beter aansluit op de zorgpraktijk in beide sectoren dan de Wet Bopz doet.

De begeleidingscommissie vindt dat de huidige situatie betreffende de toepassing van de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz in de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten om bezinning vraagt. Aan de ene kant is de begeleidingscommissie niet

zonder meer overtuigd van het feit dat het onmogelijk is in deze sectoren met de regeling van de Wet Bopz te werken. Bezwaren tegen de wet, bijvoorbeeld dat deze een aantal in de sectoren gehanteerde beperkingen niet zou bestrijken, wijzen mede op lacunes in de kennis van de mogelijkheden die de Wet Bopz wel degelijk biedt. In zoverre kan de begeleidingscommissie zich vinden in de aanbevelingen van de onderzoekers die erop zijn gericht de aansluiting tussen wet en praktijk te verbeteren. Dit geldt minder voor de aanbeveling om de externe registratie- en meldingsplichten inzake dwang en beperkingen uit te breiden naar alle bewoners, ongeacht juridische status. Weliswaar erkent de begeleidingscommissie de onduidelijkheid die hierdoor in het veld kan ontstaan, maar, nog afgezien van de forse extra belasting op het administratieve vlak, meent de begeleidingscommissie juist uit het onderzoek te mogen afleiden dat het draagvlak voor een dergelijke uitbreiding in de sectoren nauwelijks aanwezig is en dat derhalve weinig kans op succes te verwachten valt. Zie overigens ook par. 2.7.6. Naar de mening van de begeleidingscommissie is de crux van het probleem, dat om redenen samenhangend met de specifieke doelgroep van beide sectoren – in elk geval waar het gaat om de gbgb-groep – niet verwacht mag worden dat de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz zal beklijven. De zorg binnen deze sectoren is immers niet gericht op curatieve behandeling en herstel, maar op begeleiding en verzorging danwel op bescherming en preventie van complicaties bij patiënten/bewoners met onomkeerbare aandoeningen. In de psychogeriatricie zijn deze aandoeningen bovendien chronisch-progressief. Bijgevolg heerst in deze sectoren een andere perceptie van beperkingen en dwang, alsook van de wijze waarop familie/vertegenwoordigers bij de zorgverlening zouden moeten worden betrokken. Deze onderscheidende kenmerken hebben kennelijk een aanzienlijke negatieve invloed op de slaagkans van de Wet Bopz. De begeleidingscommissie verwacht dat zelfs indien een forse inspanning wordt gepleegd om de aansluiting wet-praktijk te verbeteren, de uitkomsten van een volgend evaluatie-onderzoek niet erg zullen verschillen van de thans gevonden resultaten. De voorwaarden om werkelijk een aansluiting tussen huidige wet en praktijk te kunnen realiseren zijn volgens de begeleidingscommissie niet aanwezig.

De begeleidingscommissie is van mening dat in elk geval waar het gaat om patiënten uit de gbgb-groep overwogen moet worden te kiezen voor een andere interne rechtspositieregeling dan die van de Wet Bopz. Met betrekking tot patiënten die zich tegen de opname en het verblijf verzetten behoren volgens de begeleidingscommissie zowel de externe als de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz van toepassing te blijven. De begeleidingscommissie heeft de indruk dat de problemen die de sectoren psychogeriatricie en verstandelijk gehandicaptenzorg met de Wet Bopz hebben vooral de toepasselijkheid van de wet op de gbgb-groep betreffen. Voor de korte termijn acht de begeleidingscommissie het gewenst dat getracht wordt door voorlichting en het operationaliseren van criteria en begrippen de aansluiting tussen wet en praktijk te verbeteren. In dat kader verwijst de begeleidingscommissie naar een aantal passages en aanbevelingen die aan de orde komen in par. 2.7. Voor de langere termijn denkt de begeleidingscommissie voor de sectoren psychogeriatricie en verstandelijk gehandicaptenzorg, waar het gaat om de gbgb-groep, sterk aan een vervanging van de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz door een andere regeling. De begeleidingscommissie komt daarop in par. 2.8.3 terug.

2.5.4 Het klachtrecht en het toezicht door de Inspectie

Het klachtrecht van de Wet Bopz (bestaande uit de procedure van art. 41 Bopz en, in de psychiatrie, de patiëntenvertrouwenspersoon) en het toezicht door de Inspectie zijn in het kader van deze tweede evaluatie in samenhang onderzocht. Hiervoor waren twee redenen. De eerste is, dat zowel het klachtrecht als het Inspectie-toezicht erop gericht zijn de naleving van de wet te bevorderen. De tweede reden is dat de Inspectie op grond van de Wet Bopz niet alleen toezichthoudende taken heeft, maar ook taken op het vlak van de individuele rechtsbescher-

ming en de klachtenbehandeling. Het deelonderzoek naar het klachtrecht en het toezicht door de Inspectie is uitgevoerd door het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

2.5.4.1 Het klachtrecht

De eerste evaluatie van de Wet Bopz wees uit dat met betrekking tot het klachtrecht verschillende problemen bestonden. In de psychiatrie bleken de klachtenreglementen lang niet altijd Bopz-conform te zijn, was de informatieverstrekking aan patiënten gebrekkig, werd de afhandelingstermijn van de art. 41-procedure (twee weken) te kort bevonden en bestond verwarring over de verhouding tussen de klachtencommissie en het bestuur van de instelling. De laatste twee problemen waren voor de regering aanleiding de wet aan te passen. In de Wet van 22 juni 2000, Stb. 292, wordt de afhandelingstermijn voor art. 41-klachten gesplitst en krijgt de klachtencommissie een zelfstandige positie. Deze wijzigingen zijn op 1 februari 2002 in werking getreden. In de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten bleek de art. 41-procedure veel te hoogdrempelig te zijn. Anders dan in de psychiatrie schreef de Wet Bopz in deze beide sectoren niet verplicht een patiëntenvertrouwenspersoon voor. De commissie 1996 sprak de verwachting uit dat het introduceren van een dergelijke functionaris in beide sectoren een noodzakelijke voorwaarde is voor het effectief functioneren van het klachtrecht. In het kabinetsstandpunt uit 1997 gaf de regering aan sympathiek te staan ten opzichte van de introductie van een patiëntenvertrouwenspersoon in de psychogeriatric. Ten aanzien van de zorg voor verstandelijk gehandicapten kondigde de regering reeds een concrete activiteit aan, gericht op de introductie van een dergelijke functionaris in deze sector.

Het thans verrichte onderzoek laat zien dat in de psychiatrie vooral de informatieverstrekking aan patiënten over het klachtrecht nog een probleem is. Dit wordt bevestigd door het in par. 2.5.1 besproken onderzoek, waaruit blijkt dat instellingsbrochures op het punt van het klachtrecht niet toereikend zijn. De onderzoekers bevelen aan om op twee niveaus hierin verbetering te brengen: door betere informatie over het klachtrecht te geven en door de patiënt schriftelijke informatie te geven over een individuele beslissing die klachtwaardig is op grond van art. 41 Bopz, met vermelding van de klachtmogelijkheid. De tweede fase van de art. 41-procedure, het beroep op de rechter, blijkt nog een aantal (procedurele) onvolkomenheden te bevatten. In het algemeen is het oordeel van alle betrokkenen over de werking van het Bopz-klachtrecht in de psychiatrie overwegend positief. Wel is het zo dat behandelaars en instellingen er grote moeite mee hebben dat de klager wel maar de aangeklaagde niet in beroep kan gaan tegen een beslissing van de klachtencommissie. Om die reden is de weerstand van deze betrokkenen tegen de zelfstandige positie van de klachtencommissie groot. Tevens ligt hier mogelijk een probleem in relatie tot art. 6 van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens. In de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten blijkt de art. 41-procedure nog steeds niet of nauwelijks te worden toegepast. De onderzoekers concluderen dat, door het ontbreken van andere systematische vormen van klachtopvang in deze beide sectoren (een patiëntenvertrouwenspersoon of een daarmee vergelijkbare functionaris), de rechtsbeschermende functie van het klachtrecht niet wordt gerealiseerd.

Met betrekking tot de psychiatrie vallen de begeleidingscommissie in het bijzonder de gebreken op het punt van de voorlichting van patiënten op. De begeleidingscommissie vindt dit een cruciaal punt. Immers, zonder adequate informatie over de rechtspositie terzake kan van een goede werking van het klachtrecht geen sprake zijn. De aanbeveling van de onderzoekers om de patiënt schriftelijk te informeren over een beslissing die op grond van art. 41 klachtwaardig is, acht de begeleidingscommissie waardevol. Om onnodige administratieve belasting te voorkomen is het volgens de begeleidingscommissie wel van belang bij de uitvoering van deze

aanbeveling een zodanige opzet te kiezen dat met één formulier drie doelen worden gerealiseerd: informeren van de patiënt, verantwoording in het patiëntendossier en melding aan de Inspectie. De begeleidingscommissie acht de (procedurele) onvolkomenheden in de rechterlijke fase van de huidige art. 41-procedure van zodanig gewicht dat deze moeten worden weggenomen. Op dit punt neemt de begeleidingscommissie met instemming kennis van het concept-wetsvoorstel inzake het Bopz-klachtrecht dat in september 2001 openbaar is gemaakt. De begeleidingscommissie kan zich het ongenoegen van behandelaars en instellingen over het ontbreken van een beroepsmogelijkheid voor aangeklaagden in de art. 41-procedure voorstellen. Voorop gesteld moet worden dat de primaire functie van het klachtrecht is het bieden van afdoende rechtsbescherming aan de patiënt. De verzelfstandiging van de klachtencommissies werpt niettemin de vraag op of de beroepsmogelijkheid niet voor beide partijen zou moeten bestaan. Die verzelfstandiging, welke inhoudt dat de klachtencommissie bindende beslissing neemt, roept overigens in de ogen van de begeleidingscommissie nog een ander discussiepunt op. In een epiloog bij hun onderzoek, gewijd aan het concept-wetsvoorstel van september 2001, wijzen de onderzoekers erop dat in het geval van een klachteninstantie die bindende beslissingen kan nemen, de deskundigheid van de commissieleden buiten twijfel moet zijn. Het onderzoek geeft indicaties dat die deskundigheid in een aantal gevallen te wensen overlaat. Ten aanzien van de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten vindt de begeleidingscommissie het bijzonder teleurstellend dat de uitkomsten van de eerste evaluatie en de naar aanleiding daarvan door de regering gedane uitspraken nog niet hebben geleid tot enige verbetering van het klachtrecht. De introductie in deze sectoren van een onafhankelijke patiëntenvertrouwenspersoon of een daarmee vergelijkbare functionaris verdient naar de mening van de begeleidingscommissie de hoogste prioriteit.

Aanbeveling 13:

Instellingen dienen de informatieverstrekking aan patiënten over het Bopz-klachtrecht te verbeteren, door zorg te dragen voor systematische en periodieke voorlichting. Brancheorganisaties kunnen dit ondersteunen door het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen.

Aanbeveling 14:

De Wet Bopz behoort zo te worden aangepast dat de patiënt ten aanzien van wie een beslissing wordt genomen die krachtens art. 41 Bopz klachtwaardig is schriftelijk wordt geïnformeerd over de aanleiding voor de beslissing en de mogelijkheid om de patiëntenvertrouwenspersoon en/of de art. 41-commissie in te schakelen.

Aanbeveling 15:

De overheid behoort zich terdege nader te beraden over een beroepsmogelijkheid voor aangeklaagden in de art. 41-procedure.

Aanbeveling 16:

In het licht van de sinds 1 februari 2002 bestaande bevoegdheid van de art. 41-commissie om bindende beslissingen te nemen, behoren eisen te worden gesteld aan de deskundigheid van de commissieleden.

Aanbeveling 17:

Overheid en brancheorganisaties dienen maatregelen te nemen die leiden tot de daadwerkelijke introductie van onafhankelijke patiëntenvertrouwenspersonen, of daarmee vergelijkbare functionarissen in de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Binnen afzienbare termijn behoort de wet ook in deze sectoren een dergelijke functionaris verplicht te stellen.

2.5.4.2 Het toezicht door de Inspectie

Het toezicht door de Inspectie was tijdens de eerste evaluatie van de Wet Bopz geen zelfstandig voorwerp van onderzoek. Wel kwamen uit andere onderzoeken bevindingen met betrekking tot de Inspectie naar voren. Op een aantal punten werd geconstateerd dat een alerter Inspectietoezicht nodig was. Ook werden verbeteringen noodzakelijk geacht van de systematiek van het melden van vormen van dwang aan de Inspectie en van het beleid van de Inspectie in reactie op die meldingen. In het kabinetsstandpunt uit 1997 meldde de regering dat de Inspectie in het kader van de algemene toezichthoudende taak aandacht zou besteden aan de toepassing van de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz. Aangekondigd werd dat door een aantal maatregelen (het verbeteren van de meldingsformulieren en het in dienst nemen van nieuwe medewerkers) de toetsende rol van de Inspectie zou worden aangescherpt.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de Wet Bopz het toezicht door de Inspectie op een zeer bijzondere wijze invult. De Inspectie houdt niet alleen toezicht op de manier die in de gezondheidszorg in brede zin gebruikelijk is, maar heeft op grond van de Wet Bopz een aantal specifieke taken en verantwoordelijkheden. Deze taken betreffen niet alleen kwaliteitsbewaking in algemene zin, maar omvatten ook aspecten van individuele rechtsbescherming. Te denken valt in het bijzonder aan de Inspectie-taken op grond van de artikelen 38/39 (onderzoek naar zorgvuldigheid dwangbehandeling/middelen en maatregelen) en art. 42 (indiening verzoekschrift bij rechter namens wilsonbekwame patiënt). De medewerkers van de Inspectie zijn het eens met de redenen om in het kader van de Wet Bopz de Inspectie specifieke taken en bevoegdheden te geven. De ratio daarvan is het geven van extra bescherming aan zeer kwetsbare groepen patiënten. In de praktijk richt de Inspectie zich niet of maar in beperkte mate op individuele rechtsbescherming. Van de in art. 42 Bopz genoemde mogelijkheid heeft de Inspectie nog nooit gebruik gemaakt. Die bepaling is meer een stok achter de deur. Het Inspectiebeleid terzake van de reactie op meldingen van dwangbehandeling en middelen/maatregelen is sinds 2000 verhelderd en geharmoniseerd. Dit beleid houdt thans in dat deze meldingen worden onderworpen aan een papieren controle, aan de hand van een aantal criteria. In een beperkt aantal gevallen (ongeveer 5% van de meldingen) vindt daadwerkelijk toezicht in de instelling plaats. De Inspectie kiest ervoor de activiteiten naar aanleiding van de meldingen een op algemene kwaliteitsbevordering gerichte inhoud te geven. Van rechtmatigheidstoetsingen in individuele gevallen is doorgaans geen sprake. In de visie van de Inspectie-medewerkers zou een dergelijke toetsing vaak als mosterd na de maaltijd komen, heeft de Inspectie niet de menskracht en de deskundigheid om dat te doen en is een op algemene kwaliteitsbevordering gerichte aanpak uiteindelijk effectiever. De instellingen zijn van mening dat het huidige beleid van de Inspectie duidelijker is dan in de eerste jaren na de inwerkingtreding van de Wet Bopz. Toch hebben instellingen vragen en punten van kritiek. Niet altijd is even duidelijk wanneer de Inspectie wel of niet in actie komt. Ook zijn sommige instellingen ontevreden over de gebrekkige feedback op de meldingen aan de Inspectie van dwangtoepassing. Een analyse van het aantal gemelde gevallen van dwangbehandeling en middelen/maatregelen laat zien dat de meldingstrouw in de psychiatrie zeer behoorlijk is, maar dat deze in de beide andere sectoren veel te wensen overlaat.

De begeleidingscommissie wil een onderscheid maken tussen het feit dat de Wet Bopz aan de Inspectie extra toezichthoudende taken geeft enerzijds en de wijze waarop de Inspectie deze taken in de praktijk uitvoert anderzijds. De Wet Bopz betreft in de ogen van de begeleidingscommissie zodanige problematiek dat voor de keuze van de wetgever om het Inspectietoezicht een bijzonder karakter te geven nog steeds sterke argumenten bestaan. Uit verschillende deelonderzoeken blijkt dat eerder meer dan minder toezicht van de Inspectie geïndiceerd is. Het is de begeleidingscommissie opgevallen dat in het in mei 2001 uitgebrachte rapport van de

Adviescommissie Strategie Inspectie voor de Gezondheidszorg (de zogenaamde cie-Abeln) geen aandacht wordt geschonken aan de Bopz-taken van de Inspectie. De door deze adviescommissie wenselijk geachte toekomststrategie van de Inspectie kan zo worden gelezen dat de beschikbare ruimte en mogelijkheden voor alert toezicht in de context van de Wet Bopz onder druk komen te staan (Adviescommissie IGZ, 2001). De begeleidingscommissie zou dat een bijzonder ongewenste ontwikkeling vinden. Er mag geen situatie ontstaan waarin het voor de Inspectie onmogelijk wordt de specifieke taken die de Wet Bopz aan deze dienst oplegt uit te voeren. De begeleidingscommissie denkt daarbij in het bijzonder aan de volgende taken:

- Het toezicht op de zorg voor personen met een geestelijke stoornis (art. 63 Bopz);
- De reactie van de Inspectie op meldingen van dwangbehandeling en middelen en maatregelen (de artikelen 38, 39 en 57 Bopz);
- Onderzoek door de Inspectie naar de zorgvuldigheid van de besluitvorming en uitvoering van dwangbehandeling (art. 38 Bopz);
- Het toezicht van de Inspectie op de bepalingen inzake verlof en ontslag.

Dat bij de uitvoering van het Bopz-toezicht door de Inspectie het aspect van individuele rechtsbescherming, hoewel door de wetgever wel degelijk beoogd, maar zeer beperkt aan de orde is, vindt de begeleidingscommissie niet geheel onbegrijpelijk. Het is maar de vraag of het haalbaar is één en dezelfde instantie zowel met individuele rechtsbescherming als met algemene kwaliteitsbewaking te belasten. Dat in het geval van de Inspectie dan de laatste taak gaat overheersen, ligt min of meer voor de hand. Dat vergt dan wel andere maatregelen, om het eertijds door de wetgever beoogde niveau van individuele rechtsbescherming te realiseren. In dat licht acht de begeleidingscommissie de hiervoor gedane aanbeveling nr. 14 van groot belang. Uit verschillende deelonderzoeken blijkt dat onder instellingen uit alle Bopz-sectoren onduidelijkheid bestaat over het beleid van de Inspectie inzake de uitoefening van het toezicht en de reactie op meldingen. Aan de informatie daarover richting veld kan nog het nodige worden verbeterd. Ook wordt in de deelonderzoeken opgemerkt dat de Inspectie niet altijd met één mond spreekt. De meldingstrouw van dwangtoepassingen in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg moet worden verbeterd.

De begeleidingscommissie kan billijken dat de Inspectie het Bopz-toezicht zo 'invult' dat het accent komt te liggen bij algemene kwaliteitsbewaking. Dat laat echter onverlet het belang, gelet op de specifieke problematiek van de Wet Bopz, om de hiervoor genoemde kerntaken van het Bopz-toezicht van de Inspectie adequaat, en waar nodig geïntensiveerd uit te voeren.

Aanbeveling 18:

De overheid behoort te garanderen dat de Inspectie over voldoende middelen, mogelijkheden en deskundigheid beschikt om de specifieke toezichthoudende taken op grond van de Wet Bopz goed te kunnen verrichten.

Aanbeveling 19:

De Inspectie moet er actief naar streven dat de in het veld bestaande onduidelijkheid over het Inspectiebeleid inzake het uitoefenen van toezicht en het reageren op meldingen wordt weggenomen.

Aanbeveling 20:

De instellingen voor psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg behoren de toepassing van dwangbehandeling en middelen/maatregelen beter te melden.

2.6 Bijzondere groepen of sectoren

Twee van de in het kader van deze evaluatie uitgevoerde onderzoeken hadden betrekking op specifieke groepen of sectoren:

- De toepassing van de Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie;
- De toepassing van de Wet Bopz in de forensische psychiatrie.

2.6.1 De Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie

Tijdens de eerste evaluatie was de werking van de Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie niet als zodanig onderwerp van onderzoek. Uit verschillende andere onderzoeken bleek evenwel dat er in deze sector nogal wat knelpunten betreffende de Wet Bopz bestonden. Een belangrijke aanbeveling van de commissie 1996 was, dat er onderzoek gedaan diende te worden naar de mogelijkheden om het werken met de Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie te verbeteren. Deze aanbeveling heeft ertoe geleid dat in opdracht van het ministerie van VWS een breed samengestelde werkgroep een richtlijn heeft opgesteld over de Wet Bopz en pedagogische maatregelen in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Deze richtlijn werd in 1999 afgerond en in het veld bekend gemaakt. Van belang is voorts dat in het kabinetsstandpunt 1997 een uitbreiding van het aantal Bopz-plaatsen in de kinder- en jeugdpsychiatrie werd aangekondigd.

In deze tweede evaluatie werd wel een deelonderzoek uitgevoerd dat specifiek gericht was op de kinder- en jeugdpsychiatrie. Dit onderzoek, verricht door het Trimbos-instituut, omvatte onder meer de evaluatie van de in 1999 voltooide richtlijn. Het onderzoek laat zien dat de kinder- en jeugdpsychiatrie moeite heeft met de toepassing van de Wet Bopz. Relevant in dat kader is dat slechts een deel van de minderjarigen onder het toepassingsbereik van de Wet Bopz vallen (namelijk in beginsel alleen patiënten van 12 jaar of ouder). Dat Bopz-maatregelen en (registratie)verplichtingen onder deze leeftijd niet gelden en daarboven wel, leidt in het veld tot onduidelijkheden en verwarring. Ook een Bopz-begrip als 'verzet' wordt als onduidelijk ervaren. Hulpverleners hebben te maken met de Wet Bopz, met de WGBO en met de regeling van de ondertoezichtstelling (ots) uit het Burgerlijk Wetboek. Zowel de verhouding tussen deze wettelijke regelingen als de verschillen daartussen roepen veel vragen op. Een ander problematisch punt is het onderscheid tussen vrijheidsbeperking/dwangtoepassing zoals omschreven in de Wet Bopz en de pedagogische maatregelen die in de sector worden toegepast, niet zelden in de vorm van een negatieve sanctie met strafkarakter. De verwevenheid daartussen is groot. In veel gevallen blijft bij patiënten van 12 jaar en ouder die worden onderworpen aan een vrijheidsbeperking en dwangtoepassing de aanvraag voor een onvrijwillige opname achterwege. Deze koppeling wordt door hulpverleners als onwerkbaar beschouwd, reden waarom men de wet op dit punt met grote terughoudendheid hanteert. Met betrekking tot het klachtrecht blijkt de drempel om te klagen hoog te zijn. In vergelijking met de situatie in 1996 is de kennis van de wet onder hulpverleners toegenomen, maar is deze kennis nog steeds niet op een voldoende niveau. De kennis van de minderjarigen zelf over hun rechtspositie is gebrekkig. De onderzoekers concluderen dat de norm van de wet nog "ver verwijderd" is van de praktijk en merken op dat het wellicht beter is voor deze sector een andere wettelijke regeling te maken. De in 1997 toegezegde uitbreiding van het aantal Bopz-plaatsen was ten tijde van het onderzoek nog niet volledig gerealiseerd. Met betrekking tot de richtlijn uit 1999 stellen de onderzoekers vast dat deze in het bijzonder bij de leidinggevenden van de instellingen goed bekend is. Met betrekking tot het onderscheid tussen Bopz-dwang en pedagogische maatregelen heeft de richtlijn verheldering gebracht, maar deze wordt door een aantal hulpverleners ook als ingewikkeld en ondoorzichtig ervaren. In aanvulling op de richtlijn achten de onderzoekers een wettelijke regeling van pedagogische maatregelen met een strafkarakter gewenst.

Er is naar de mening van de begeleidingscommissie een forse inspanning nodig om de huidige kloof tussen de praktijk en de tekst en bedoeling van de wet te verminderen. Dit vergt een combinatie van maatregelen. De begeleidingscommissie plaatst vraagtekens bij de praktijk om met betrekking tot minderjarigen in de psychiatrie negatieve sancties met een strafkarakter toe te passen. De begeleidingscommissie wijst op regelgeving uit de hoek van de justitiële jeugdinrichtingen, waarin bepaald is dat geen straf mag worden opgelegd in gevallen waarin de jeugdige voor een bepaald feit niet verantwoordelijk kan worden gesteld. Ook de toelichting van het Besluit rechtspositieregelen Bopz spreekt zich uit tegen beperkende maatregelen met een strafkarakter. De begeleidingscommissie ziet niet veel in de gedachte om de kinder- en jeugdpsychiatrie van de Wet Bopz uit te zonderen. Te overwegen valt het bereidheidscriterium te laten vallen (zie de par. 2.4.1 en 2.8.3) maar in situaties van verzet tegen de opname ligt het voor de hand zowel de externe als de interne rechtspositieregeling van de Wet te handhaven.

Aanbeveling 21:

De betrokken partijen dienen de reeds in 1997 door de overheid gedane toezegging om het aantal Bopz-bedden in de kinder- en jeugdpsychiatrie met 112 uit te breiden op korte termijn volledig te realiseren.

Aanbeveling 22:

De overheid behoort ervoor zorg te dragen dat de bestaande onhelderheid over de juridische verhoudingen tussen de Wet Bopz, de WGBO en de regelgeving inzake de ondertoezichtstelling en over de mogelijkheden en beperkingen van deze wetten wordt weggenomen.

Aanbeveling 23:

Instellingen en brancheorganisaties behoren op minderjarigen toegespitst voorlichtingsmateriaal over hun rechtspositie te ontwikkelen.

Aanbeveling 24:

De overheid behoort duidelijkheid te verschaffen over de aanvaardbaarheid in de kinder- en jeugdpsychiatrie van negatieve sancties met een strafkarakter, mede in het licht van de Wet Bopz.

Aanbeveling 25:

De rechtspositie van minderjarigen jonger dan 12 jaar, die in beginsel niet onder de Wet Bopz vallen, roept in de praktijk vragen op. Overheid en brancheorganisaties dienen te stimuleren dat, onder de vlag van de WGBO, terzake een duidelijke richtlijn tot stand komt.

2.6.2 De Wet Bopz in de forensische psychiatrie

Met het begrip forensische psychiatrie wordt bedoeld op de toepassing van de psychiatrie in het kader van de (straf)rechtspleging. In de context van de Wet Bopz kunnen raakvlakken ontstaan tussen de psychiatrie en de forensische psychiatrie wanneer patiënten via een strafrechtelijke route worden opgenomen in een psychiatrische instelling met een Bopz-aanmerking (een niet-justitiële Bopz-instelling). Dit is bijvoorbeeld mogelijk op grond van een last van de strafrechter als bedoeld in art. 37 lid 1 Wetboek van Strafrecht of door een (tijdelijke) overplaatsing van een justitiële TBS-instelling naar een regulier psychiatrisch ziekenhuis. Dit roept vragen op over de verhouding tussen de verschillende terzake geldende wettelijke regelingen (zoals de Wet Bopz en de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden, Bvt) en de daaruit voortvloeiende rechtsposities. Tijdens de eerste evaluatie is aan de toepassing van de Wet Bopz in de forensische psychiatrie geen aandacht besteed. Naar aanleiding van signalen over knelpunten in deze sector is het onderwerp in de tweede evaluatie wel meegenomen.

Het onderzoek naar de Wet Bopz in de forensische psychiatrie is verricht door het Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen van de Universiteit Utrecht. Het onderzoek leert dat een aanzienlijk aantal niet-justitiële Bopz-instellingen momenteel beschikken over forensisch-psychiatrische afdelingen of klinieken. Blijkens het onderzoek verblijven daarin ongeveer 500 patiënten. Er is een relatief groot aantal juridische titels waarop een persoon met een strafrechtelijke achtergrond voor behandeling in een Bopz-instelling kan belanden. Soms is daarbij sprake van dwang, in andere gevallen gaat het om een vrijwillige opname met een stok achter de deur (omdat een behandeling in een psychiatrische als voorwaarde is gesteld, bijvoorbeeld in het kader van de schorsing van de voorlopige hechtenis). Deze veelheid aan juridische titels veroorzaakt in de praktijk verwarring. Hulpverleners en instellingen hebben bovendien het idee dat de Wet Bopz te weinig mogelijkheden biedt voor het treffen van algemene en/of individuele beperkingen op grond van beveiligings- of beheersingsmotieven. Ook ervaren zij het Bopz-klachtrecht als te laagdrempelig. Forensisch-psychiatrische patiënten zouden hierdoor de behandeling (kunnen) frustreren. Daardoor, zo wordt gesteld, bemoeilijkt de Wet Bopz de tenuitvoerlegging van TBS met dwangverpleging in niet-justitiële instellingen. Als lastig te hanteren in de forensische psychiatrie wordt ook het Bopz-onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen en maatregelen ervaren. Art. 51 Bopz, welke bepaling de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz van toepassing verklaart op sommige groepen forensisch-psychiatrische patiënten die in Bopz-instellingen verblijven, wordt in de praktijk als onduidelijk en incompleet ervaren. Waar het gaat om de verhouding tussen de verschillende wettelijke regelingen typeren de onderzoekers de huidige situatie als weinig ideaal en wijzen zij op de verschillende modaliteiten om deze verhouding te verbeteren: door aanpassing van de Wet Bopz, door het van toepassing verklaren van de Bvt op niet-justitiële klinieken of door het opstellen van een nieuwe wettelijke regeling voor forensisch-psychiatrische patiënten. Onhelder is de rechtspositie van forensisch-psychiatrische patiënten die op basis van een voorwaarde in een Bopz-instelling worden opgenomen. In dergelijke gevallen is er sprake van een vrijwillige opname en is de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz niet van toepassing. De facto wordt ook ten aanzien van deze patiënten drang en dwang toegepast, maar rechtsbescherming ontbreekt. In de praktijk wordt ook de rechtspositie van Bopz-patiënten die verblijven in Bopz-aangemerkte justitiële instellingen als problematisch ervaren.

De begeleidingscommissie acht het bijzonder waardevol dat in deze tweede evaluatie ook de forensische psychiatrie is betrokken. Het onderzoek biedt verheldering van de huidige praktijk en ook van de veelheid aan juridische modaliteiten die aan de orde kunnen zijn bij de plaatsing van een forensisch-psychiatrische patiënt in een niet-justitiële Bopz-instelling. Het is belangrijk dat de algemene en de forensische psychiatrie zo goed mogelijk met elkaar samenwerken. In dat kader wijst de begeleidingscommissie ook op het recente rapport van de Commissie (Commissie beleidsvisie TBS, 2001). Anderzijds is het van belang een onderscheid te blijven maken tussen de verschillende doelstellingen van de justitiële en de niet-justitiële psychiatrie. In de niet-justitiële psychiatrie staan behandeling en genezing centraal en ligt het accent minder pregnant op beveiliging en bescherming van de samenleving. Voorkomen moet worden dat beide sectoren zo met elkaar vermengd raken dat de doelstellingen en toegankelijkheid van de niet-justitiële psychiatrie onder druk komen te staan. Om die reden behoort naar de mening van de begeleidingscommissie in niet-justitiële Bopz-instellingen één rechtspositieregeling van kracht te zijn, namelijk die van de Wet Bopz. Dit laat onverlet dat de Wet Bopz op sommige punten, al dan niet via aanpalende regelgeving, zou kunnen worden aangevuld met bepalingen die specifiek bepaalde groepen forensisch-psychiatrische patiënten betreffen (bijvoorbeeld waar het gaat om de melding van bepaalde beslissingen aan justitiële autoriteiten). Vergaande en principiële aanpassingen van de Wet Bopz, zoals het in bepaalde gevallen toekennen van zeggenschap over beslissingen inzake verlof en ontslag aan justitiële autoriteiten (bij de

maatregel van art. 37 lid 1 Wetboek van Strafrecht) of het aanpassen van het Bopz-klachtrecht wijst de begeleidingscommissie af. Dat de Wet Bopz minder mogelijkheden voor beveiliging en beheersing biedt dan de Bvt is naar de mening van begeleidingscommissie juist, maar anderzijds lijkt het erop dat de respondenten in het onderzoek de mogelijkheden van de Wet Bopz onderschatten. Dit geldt naar de mening van de begeleidingscommissie ook voor het als problematisch ervaren Bopz-onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen/maatregelen. Ten aanzien van het verblijf van Bopz-patiënten in Bopz-aangemerkte justitiële instellingen meent de begeleidingscommissie dat in dergelijke gevallen op deze patiënten onverkort de Wet Bopz van toepassing is, en niet de Bvt.

Aanbeveling 26:

De overheid behoort helderheid te verschaffen over de reikwijdte en toepasselijkheid van de verschillende wettelijke regelingen die de rechtspositie van forensisch-psychiatrische patiënten betreffen, teneinde misverstanden over de relatie tussen de Wet Bopz en de andere regelingen, als daaruit eventueel voortkomende problemen, weg te nemen.

Aanbeveling 27:

De overheid behoort de inhoud van art. 51 Bopz nader te bezien, teneinde een zo goed mogelijke aansluiting te realiseren tussen deze bepalingen en de verschillende modaliteiten voor opnemng van een forensisch-psychiatrische patiënt in een Bopz-instelling.

Aanbeveling 28:

De rechtspositie van forensisch-psychiatrische patiënten die op grond van voorwaardelijke modaliteiten in een Bopz-instelling worden opgenomen moet worden verhelderd.

2.7 Onderwerpen die de deelonderzoeken overstijgen

In de voorafgaande paragrafen lag het accent op de onderwerpen en aanbevelingen die specifiek betrekking hebben op de betreffende deelonderzoeken. Een aantal onderwerpen komt in meerdere deelonderzoeken aan de orde. De belangrijkste daarvan bespreekt de begeleidingscommissie in deze paragraaf.

2.7.1 Het gebruik van huisregels

Gebruikelijk is dat Bopz-instellingen huisregels hebben. Deze huisregels zijn bedoeld om de algemene gang van zaken in de instelling te regelen. Huisregels zijn niet de juiste plaats voor maatregelen betreffende individuele patiënten (zoals vrijheidsbeperkingen). Uit de onderzoeken komt naar voren dat zowel in de psychiatrie als in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector problemen inzake huisregels bestaan. Deze problemen variëren van het in de huisregels opnemen van ‘verkeerde’ onderwerpen (bijvoorbeeld vrijheidsbeperkingen en sancties) tot het ontbreken van op schrift gestelde huisregels. Het eerstgenoemde probleem kan ertoe leiden dat met een beroep op de huisregels de regels en de rechtsbescherming rond het behandelingsplan en het toepassen van dwang worden omzeild. Een voor de psychiatrie door GGZ-Nederland opgestelde ‘modelregeling huisregels’ heeft kennelijk nog niet voldoende effect gehad. De begeleidingscommissie acht het van belang dat stappen worden gezet om huisregels te beperken tot het doen waarvoor deze zijn bedoeld.

Aanbeveling 29:

Overheid, Inspectie en brancheorganisaties behoren er in een gezamenlijke inspanning naar te streven dat een einde komt aan het bestaan van oneigenlijke huisregels.

2.7.2 Het begrip ‘verzet’

Op een aantal plaatsen in de Wet Bopz is relevant het begrip ‘verzet’. Zo bepaalt dit begrip of een patiënt in een psychogeriatrisch verpleeghuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten wordt opgenomen via de art. 60-procedure (indien de patiënt blijk geeft van bereidheid noch verzet) of via een IBS of RM (bij verzet). In het kader van de interne rechtspositie is het begrip ‘verzet’ bepalend voor de vraag of er sprake is van een dwangbehandeling of een vrijheidsbeperking, dan wel van een behandeling of maatregel met instemming van de patiënt. In het kader van de parlementaire behandeling van de Wet Bopz is eertijds door de regering duidelijk aangegeven dat een ruime definitie van verzet (ten nog ‘bezwaar’geheden) moet worden gehanteerd: “Onder het maken van bezwaar moet worden verstaan het op enigerlei wijze kenbaar maken dat de opnemng en het verblijf worden afgewezen. Voor het uiten van bezwaar geldt geen vormvereiste. Uitgangspunt is het feitelijk gedrag van de betrokkene. Er moet daarbij niet alleen worden uitgegaan van verbale uitingen, maar ook van non-verbale” (Tweede Kamer, 1991-1992, 21239, nr. 20). Uit verschillende deelonderzoeken blijkt echter dat de praktijk het moeilijk vindt het begrip verzet op die manier te operationaliseren en dat de neiging bestaat het begrip ‘verzet’ beperkter te interpreteren. Anders gezegd: veel uitingen en gedragingen worden ten onrechte niet als verzet opgevat of erkend. Dit komt in strijd met de bedoeling van de wetgever. De onderzoeken waaruit problemen met het begrip ‘verzet’ blijken, zijn:

- Het bereidheidscriterium (par. 2.4.1);
- De externe rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector (par. 2.4.3);
- De interne rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector (par. 2.5.3);
- De Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatric (par. 2.6.1).

De begeleidingscommissie acht het gewenst dat met spoed richtlijnen tot stand komen met betrekking tot de inhoud en operationalisering van het begrip ‘verzet’, toegespitst op de in de Wet Bopz bedoelde situaties, en met inachtneming van hetgeen over het begrip is opgemerkt tijdens de parlementaire behandeling van de wet. Dat een dergelijke activiteit tot belangrijke resultaten kan leiden, blijkt volgens de begeleidingscommissie uit de wijze waarop een aantal wetenschappelijke verenigingen in de context van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen richtlijnen inzake het begrip verzet heeft opgesteld (zie www.ccmo.nl, onder ‘thema’s’; Boersma, Hertogh en Olde Rikkert, 1999). Op een vergelijkbare wijze kunnen ook met betrekking tot de Wet Bopz richtlijnen worden ontwikkeld.

Aanbeveling 30:

Wetenschappelijke verenigingen, brancheorganisaties en beroepsverenigingen behoren richtlijnen voor de toepassing van het begrip verzet te ontwikkelen, toegespitst op Bopz-situaties waarin dit begrip aan de orde is.

2.7.3 Criteria voor wilsonbekwaamheid

Een ander onderwerp dat in meerdere onderzoeken aan de orde komt, is het criterium voor wilsonbekwaamheid. Dit criterium speelt in het bijzonder een rol in het kader van de interne rechtspositie. Is een patiënt wilsonbekwaam terzake van een behandelingsbeslissing, dan moet volgens de wet het oordeel van een vertegenwoordiger worden gevraagd. Op problemen en onduidelijkheden met betrekking tot het bekwaamheidscriterium wordt gewezen in de onderzoeken met betrekking tot de interne rechtspositie in de psychiatric (par. 2.5.1) en in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector (par. 2.5.3).

De begeleidingscommissie stelt vast dat er de afgelopen jaren een aantal pogingen is ondernomen om het criterium voor wilsonbekwaamheid 'handen en voeten' te geven. Gewezen kan worden op de Handreiking die een commissie van de ministeries van Justitie en VWS in 1994 publiceerde, en op de publicaties van Biesart en Hubben (1997, 2000) naar aanleiding van hun onderzoek naar de ontwikkeling van een instrument ter beoordeling van wilsonbekwaamheid (zie ook ZON, 2000, p. 173). Daarnaast is ook ander onderzoek gaande naar de criteria voor wilsonbekwaamheid. Vastgesteld moet worden dat van bruikbare richtlijnen of protocollen op dit gebied nog nauwelijks sprake is, en dat hier wel degelijk behoefte aan bestaat. Het ontwikkelen van dergelijke richtlijnen is niet alleen van belang voor toepassing van de Wet Bopz maar ook voor de toepassing van andere gezondheidswetten waarin wilsonbekwaamheid relevant is. In dat kader acht de begeleidingscommissie het wel van belang dat een onderscheid wordt gemaakt tussen de situaties waarin een onbekwaamheidsbeoordeling nodig is aan de ene kant en de criteria voor de beoordeling van onbekwaamheid aan de andere kant.

Aanbeveling 31:

De overheid behoort onderzoek te stimuleren naar begripsverheldering terzake van de wilsonbekwaamheid en naar en het ontwikkelen van richtlijnen voor de operationalisering en de praktische toepassing van de criteria voor wilsonbekwaamheid in de context van de Wet Bopz en andere gezondheidswetten.

2.7.4 Het onderscheid tussen Bopz-patiënten en niet-Bopz-patiënten

Uit de Wet Bopz vloeit voort dat er in instellingen die onder de wet vallen twee groepen patiënten verblijven: patiënten die zijn opgenomen volgens een Bopz-procedure (een IBS, een RM of de art. 60-route) en patiënten die niet zijn opgenomen volgens een Bopz-procedure. De laatste groep patiënten is op vrijwillige basis opgenomen. De interne rechtspositie van deze patiënten wordt geregeld door de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Het is al lang bekend dat het in de praktijk lastig kan zijn een onderscheid tussen deze twee groepen patiënten te maken. Het kan gaan om patiënten die op punten als de aard van het gezondheidsprobleem, de zorgbehoefte, de mate van hanteerbaarheid, de mate van gevaarstelling e.d. niet van elkaar verschillen, en die op dezelfde afdeling verblijven, maar die niettemin –omdat de één bezwaar maakt tegen de opname en de ander instemt- een verschillende juridische status kunnen hebben. Dit maakt het voor de begeleidingscommissie begrijpelijk waarom het onderscheid tussen vrijwillig en niet-vrijwillig opgenomen patiënten in de praktijk soms geen of maar een beperkte betekenis heeft. Dit genereert voordelen voor vrijwillig opgenomen patiënten maar ook risico's, zoals een aantal van de deelonderzoeken laat zien. Een voordeel is dat ook ten aanzien van deze patiënten systematisch behandlungs- of zorgplannen worden gemaakt. Een aanzienlijk risico voor de rechtspositie van patiënten die vrijwillig, dus zonder Bopz-maatregel, opgenomen zijn, is dat ten aanzien van hen maatregelen en beperkingen toegepast worden die de Wet Bopz eigenlijk voorbehoudt aan patiënten met een Bopz-status. De vrijwillige patiënten ondervinden dan dus wel de nadelen van de wet (de beperkingen) maar niet alle voordelen (bijvoorbeeld het klachtrecht van art. 41 Bopz). Zij hebben lang niet altijd de mogelijkheid hun ongenoegen kenbaar te maken door 'te stemmen met de voeten' en de instelling te verlaten. Onder de groep vrijwillig opgenomen patiënten zijn voorts patiënten die eigenlijk alleen maar met een Bopz-maatregel opgenomen hadden mogen zijn of worden. In het bijzonder de onderzoeken naar de procedure van art. 60 Bopz (par. 2.4.3), naar de interne rechtspositie in de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten (par. 2.5.3), naar de toepassing van de Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie (par. 2.6.1) en naar de toepassing van de Wet Bopz in de forensische psychiatrie (par. 2.6.2) wijzen dit uit. Deze patiënten ontberen rechtsbescherming op twee niveaus: niet alleen vallen zij buiten de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz, ook de regeling van de externe rechtspositie wordt niet toegepast.

De begeleidingscommissie realiseert zich dat het gaat om een probleem dat inherent is aan het bestaan van een wettelijk systeem en een zorgpraktijk waarin er zowel vrijwillig als niet-vrijwillig opgenomen patiënten zijn, die vaak gezamenlijk op dezelfde (gesloten) afdelingen verblijven. Aan de andere kant acht de begeleidingscommissie van belang dat zoveel mogelijk wordt vastgehouden aan het onderscheid en –met name- het verschil in rechtspositie tussen vrijwillig en niet-vrijwillig opgenomen patiënten. Laat men dit na, dan is dat een incentive om Bopz-procedures ten onrechte achterwege te laten. Aanzienlijke aantallen patiënten kunnen dan ‘wegglippen’ uit het stelsel van rechtsbescherming dat de Wet Bopz beoogt te bieden. Zowel de Inspectie als het Openbaar Ministerie hebben terzake een toezichhoudende taak.

Aanbeveling 32:

Instellingen behoren veel alerter te zijn op het onderscheid tussen vrijwillig en niet-vrijwillig opgenomen patiënten, om te voorkomen dat de rechtspositie van de eerste groep ten onrechte beperkt wordt.

2.7.5 De afstemming tussen de Wet Bopz en de WGBO

Het in par. 2.7.4. behandelde onderscheid tussen vrijwillig en niet-vrijwillig opgenomen patiënten betekent ook dat in de praktijk gewerkt moet worden met twee wettelijke regelingen inzake de interne rechtspositie: de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz. Daarbij is het ook nog zo dat de interne rechtspositie van Bopz-opgenomen patiënten deels door de Wet Bopz wordt geregeld (behandeling van de stoornis) en deels door de WGBO (behandeling van eventuele andere aandoeningen). In de deelonderzoeken naar de externe rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector (par. 2.4.3), de beide deelonderzoeken naar de interne rechtspositie (par. 2.5.1 en 2.5.3) en het deelonderzoek naar de toepassing van de Wet Bopz in de kinder- en jeugdpsychiatrie blijkt dat in de praktijk veel vragen bestaan over de verhouding tussen de Wet Bopz en de WGBO. De WGBO biedt op een aantal punten minder (procedurele) waarborgen dan de Wet Bopz. Soms is dat voor hulpverleners juist een reden om toepassing van de WGBO te prefereren boven de Wet Bopz. Die discussie betreft in het bijzonder het toepassen van dwang of vrijheidsbeperkingen. Anderzijds is in de praktijk niet duidelijk dat onder de vlag van de WGBO (de zorg van een goed hulpverlener, in relatie tot het behandel- of zorgplan) enige ruimte bestaat voor het treffen van beschermende maatregelen. De begeleidingscommissie acht het wenselijk dat terzake verheldering wordt geboden. Dat laatste geldt vooral voor het vraagstuk van dwangtoepassing in relatie tot de wils(on)bekwaamheid van betrokkene, waarvoor de RVZ (1997) reeds aandacht vroeg en waaromtrent de rechtspraak een wisselend beeld laat zien (blijkens het in par. 2.5.1 behandelde deelonderzoek).

Aan een vergelijkbare aanbeveling van de Commissie 1996 is tot op heden geen gevolg gegeven.

Aanbeveling 33:

De overheid behoort het veld te informeren over de verhouding tussen de Wet Bopz en de WGBO, alsmede over de mogelijkheden en beperkingen van beide wetten waar het gaat om dwangtoepassing en vrijheidsbeperkende maatregelen.

2.7.6 De registratie- en meldingsplichten van de Wet Bopz

In de eerste evaluatie van de Wet Bopz is in een zelfstandig deelonderzoek aandacht besteed aan de werklast en de meerkosten van de Wet Bopz. De resultaten daarvan hadden een voorlopig karakter. Aannemelijk was, zo bleek, dat de Wet Bopz in de instellingen leidde tot extra inspanningen, die ook in financiële zin gevoeld werden. Gezien de indringendheid waarmee de instellingen dit probleem onder de aandacht brachten, achtte de commissie 1996 het

raadzaam in de tweede evaluatie wederom naar dit vraagstuk te kijken. In het door ZonMw in overleg met het ministerie van VWS opgestelde programma voor de tweede evaluatie is dit onderwerp echter niet meegenomen (zie par. 1.3.3). Uit verschillende van de thans verrichte deelonderzoeken blijkt echter dat hulpverleners en instellingen wel degelijk moeite hebben met de vele administratieve handelingen die de Wet Bopz vereist. De begeleidingscommissie roept daarbij in herinnering een andere aanbeveling uit de eerste evaluatie, namelijk om de wettelijke verplichting betreffende het melden van dwangtoepassing aan naasten van de patiënt te heroverwegen. In het kabinetsstandpunt uit 1997 zegt de regering zich hierover nader te zullen bezinnen, maar tot enige actie heeft dit voor zover de begeleidingscommissie bekend is nog niet geleid. De begeleidingscommissie acht het gewenst dat een algemene, Bopz-brede scan wordt gemaakt van de wettelijke meldings- en registratieplichten, teneinde deze te beoordelen op de verhouding kosten-baten, gezien vanuit de doelstellingen van de Wet Bopz. De meldings- en registratieplichten waarbij deze verhouding ongunstig is, moeten worden geschrapt. De begeleidingscommissie heeft in het voorafgaande enkele malen een positief oordeel gegeven over bepaalde Bopz-registraties en aangegeven dat deze beter nageleefd moeten worden. Deze opvattingen van de begeleidingscommissie dienen in de bedoelde kosten-baten-afweging te worden meegenomen.

Uit een aantal deelonderzoeken blijkt overigens ook dat juist het ontbreken van een registratie- of meldingsplicht problematisch of verwarrend is. Het gaat daarbij vaak om aanpalende gebieden van de Wet Bopz. Gebieden waarop dit speelt betreffen het toepassen van dwang bij kinderen jonger dan 12 jaar en het toepassen van dwang bij niet-Bopz-patiënten in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Ook dit vraagstuk vraagt naar de mening van de begeleidingscommissie aandacht.

Aanbeveling 34:

De overheid behoort na te laten gaan of de thans in de Wet Bopz opgenomen meldings- en registratieplichten effectief en zinvol zijn en tevens of het nodig is dergelijke plichten op aanpalende terreinen te introduceren.

2.7.7 De Wet Bopz: instellings- of persoonsgericht?

Van oudsher is de Wet Bopz gericht op personen die in bepaalde instellingen worden opgenomen. Deze instellingsgerichtheid lag voor de hand in een tijd waarin de langdurig zorgverlening vrijwel uitsluitend plaats vond in bepaalde categorieën intramurale voorzieningen, waarin betrokkenen permanent verbleven. De huidige zorgvoorzieningen die zijn gericht op psychiatrische patiënten, psychogeriatricische patiënten en mensen met een verstandelijke handicap laten een veel gevarieerder beeld zien. Er zijn niet alleen intramurale voorzieningen, maar ook talloze semimurale en ambulante vormen van zorg, en ook vormen van dagopvang en thuisbegeleiding. Deze verscheidenheid aan zorgvormen leidt blijkens een aantal deelrapporten in de praktijk tot verwarring en vragen. Immers, het onderscheid tussen intramurale instellingen en andere zorgvormen correspondeert niet met een onderscheid tussen de aanwezigheid en afwezigheid van Bopz-problematiek (als vrijheidsbeperking en dwang). Vragen zijn er met name in die situaties waarin een persoon verblijft in een zorgvoorziening die geen Bopz-aangemerkte instelling is, maar waarin behoefte bestaat aan de mogelijkheid om een 'Bopz-aanpak' te kunnen kiezen (hetzij uit oogpunt van beveiliging/behandeling, hetzij uit oogpunt van rechtsbescherming). In de praktijk klinken geluiden die ervoor pleiten de Wet Bopz niet langer instellingsgericht, maar juist persoonsgericht op te zetten. De begeleidingscommissie constateert met genoegen dat de minister van VWS zich van dit probleem bewust is. In een overleg met de Tweede Kamer op 22 januari 2002 merkte de minister op het een grote zorg te vinden dat vrijheidsbeperkingen ook voorkomen in niet-Bopz-instellingen. Om die reden trekt zij de conclusie dat –in het kader van de modernisering van de Awbz- de Wet Bopz “wellicht meer per-

soonsgericht dan instellingsgericht moet worden geformuleerd” (Handelingen Tweede Kamer 22 januari 2002, p. 40-2952). Hieruit blijkt dat de problematiek reeds de aandacht van de overheid heeft. De begeleidingscommissie ziet dan ook geen reden voor het formuleren van een aanbeveling.

Een (meer) persoonsgerichte opzet van de Wet Bopz kan ook een oplossing bieden voor de knelpunten die zich voordoen bij de implementatie van de Wet Bopz in verzorgingshuizen. Deze implementatie, een gevolg van de eerste evaluatie van de wet, verloopt blijkens een in november 2001 door Arcares gepubliceerd onderzoek, moeizaam (Arends, 2001). Ook dit onderzoek wijst op de gebrekkige aansluiting tussen de Wet Bopz en de zorg die in verzorgingshuizen aan psychogeriatrische bewoners geboden wordt.

2.8 Eindoordeel van de begeleidingscommissie

2.8.1 Inleiding

De Wet Bopz trad in werking in januari 1994. De eerste evaluatie van de wet vond plaats in het jaar 1996. Eind 1996 werden de onderzoeksresultaten en het eindrapport van de toenmalige evaluatiecommissie aangeboden aan de ministers van VWS en van Justitie. Een belangrijke conclusie van die evaluatiecommissie was, dat de eerste evaluatie van de Wet Bopz eigenlijk te vroeg had plaatsgevonden. Om die reden luidde de titel van het rapport ‘Tussen invoering en praktijk’. Het rapport uit 1996 schetste, zo stelde de commissie 1996, “een beeld (...) van een praktijk die nog volop in beweging is, zeker in de sectoren die nieuw zijn onder deze wet”. De commissie beschouwde de jaren waarop de eerste evaluatie betrekking had als overgangsjaren, die alle betrokkenen nodig hadden om met de wet te leren werken. De eerste evaluatie was eerder een invoeringsonderzoek dan een evaluatieonderzoek, deed verslag van een uitvoeringspraktijk die zich langzaam, maar zeker, aan het zetten was naar de nieuwe wettelijke regeling en bood dus geen beeld van een gevestigde praktijk maar van een praktijk in wording.

Inmiddels zijn we ruim vijf jaren verder en is het acht jaren geleden dat de Wet Bopz in werking trad. De resultaten van de tweede evaluatie laten zien dat op een aantal terreinen de bekendheid van de wet, en de mate waarin deze wordt toegepast, zijn toegenomen. Acht jaar na de inwerkingtreding mag worden verwacht dat de praktijk zich in aanzienlijke mate gedraagt zoals de wet dat voorschrijft en bedoeld heeft. Op de gebieden waar dat (nog) niet het geval is, geldt na een dergelijke periode niet meer het argument van de kinderziekten. Die gebieden blijken er volgens de uitkomsten van de tweede evaluatie wel degelijk te zijn: sectoren of onderwerpen waar de intenties van de wet niet of nog maar in beperkte mate uit de verf zijn gekomen. Over het geheel genomen meent de begeleidingscommissie dat de tweede evaluatie een reëel beeld geeft de wijze waarop in de praktijk met de bepalingen van de Wet Bopz wordt omgegaan. Daaraan doet niet af dat dit beeld, in relatie tot de doelstellingen en de inhoud van de wet, niet altijd optimaal is.

2.8.2 Het functioneren van de Wet Bopz

In de ZonMw-programmatekst betreffende de tweede evaluatie van de Wet Bopz (zie Hoofdstuk 1) wordt een aantal algemene vragen geformuleerd waarop de tweede evaluatie een antwoord zou moeten geven. In het licht van de bespreking die de begeleidingscommissie in het voorafgaande aan de verschillende onderzoeken heeft gewijd, volgt hieronder een samenvattend antwoord op de bedoelde vragen.

Is de wet voldoende bekend bij alle belanghebbenden?

De begeleidingscommissie heeft de indruk dat er op het punt van de bekendheid verschillen bestaan, tussen Bopz-sectoren, tussen groepen hulpverleners als tussen hulpverleners enerzijds en patiënten anderzijds. In een aantal gevallen is de kennis van de wet behoorlijk tot zeer behoorlijk, in andere gevallen zijn er duidelijk lacunes. Die lacunes treden duidelijker aan het licht naarmate het gaat om specifiekere onderdelen van de wet. Het is voor een goed functioneren van de wet volstrekt noodzakelijk dat zowel hulpverleners als patiënten goed zijn voorgelicht. Op dat vlak is naar de mening van de begeleidingscommissie een continue inspanning noodzakelijk.

In hoeverre is de uitvoeringspraktijk thans conform de bepalingen van de wet?

Hierover heeft de begeleidingscommissie in par. 2.8.1 al enkele algemene opmerkingen gemaakt. De begeleidingscommissie heeft de stellige indruk dat de aansluiting tussen wet en praktijk op een aantal punten beter is dan ten tijde van de eerste evaluatie. Het algemene beeld is naar de mening van de begeleidingscommissie echter nog niet gunstig te noemen. In de psychiatrie, de sector die van oudsher het meest vertrouwd is met de Wet Bopz en het 'Bopz-denken', is de aansluiting behoorlijk. Problematischer ligt het in de andere sectoren. De kinderen jeugdpsychiatrie laat nog een aanzienlijke discrepantie zien tussen wet en praktijk. Dat geldt in nog sterkere mate voor de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg.

Doen zich in de uitvoeringspraktijk (structurele) knelpunten of problemen voor en zo ja, welke?

Afgezien van de discussie over de effectiviteit van de wet in specifieke sectoren, waarop de begeleidingscommissie in par. 2.8.3. nader ingaat, lijken structurele knelpunten en problemen in overwegende mate de operationalisering en praktische toepassing van cruciale Bopz-begrippen te betreffen. De begeleidingscommissie wijst op het onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen/maatregelen en op de in par. 2.7 besproken begrippen als verzet en wils(on)bekwaamheid.

Hebben de (beleids)maatregelen naar aanleiding van de eerste evaluatie effect gesorteerd?

In het voorafgaande heeft de begeleidingscommissie bij de bespreking van de deelonderzoeken zo systematisch mogelijk geprobeerd aan te geven wat de uitkomsten van de eerste evaluatie waren, welke maatregelen naar aanleiding daarvan getroffen zijn en welke resultaten dit heeft opgeleverd. Samenvattend kan gesproken worden van een wisselend beeld. Lang niet alle in het kabinetsstandpunt van 1997 aangekondigde maatregelen zijn daadwerkelijk gerealiseerd. Waar nodig heeft de begeleidingscommissie dat hiervoor aangegeven. Anderzijds is er in reactie op de eerste evaluatie wel degelijk het nodige in gang gezet (zie de par. 1.2 en 2.2). Een aantal beleidsmaatregelen is in deze tweede evaluatie expliciet betrokken (in het bijzonder de activiteiten genoemd in het Voorlichtingsplan Bopz en de Bopz-richtlijn die is ontwikkeld voor de kinder- en jeugdpsychiatrie). Ook met betrekking tot andere punten kunnen uit de onderzoeken verbetering worden afgeleid, zoals met betrekking tot de wijze waarop de Inspectie sinds 2000 omgaat met meldingen dwangbehandeling en middelen/maatregelen. Van een aantal getroffen maatregelen kon in het kader van de tweede evaluatie het effect (nog) niet worden vastgesteld.

Is de wet adequaat voor de sectoren die zij bestrijkt?

Deze vraag is in het voorafgaande al enkele malen aan de orde gekomen. De begeleidingscommissie twijfelt zeer aan de effectiviteit van de Wet Bopz met betrekking tot patiënten uit de categorie 'geen bereidheid geen bezwaar'. In par. 2.8.3 gaat de begeleidingscommissie hier nader op in.

Bevat de wet een juiste balans tussen zelfbeschikking en dwang?

In de laatste jaren wordt deze vraag met betrekking tot de Wet Bopz steeds vaker gesteld. De achtergrond hiervan is de opvatting dat de Wet Bopz het accent teveel legt op het aspect van de zelfbeschikking en dat de wet te weinig mogelijkheden biedt om noodzakelijke beperkingen of vormen van dwang toe te passen. Een aantal activiteiten naar aanleiding van de eerste evaluatie, zoals de adviesaanvraag aan de RVZ en het in par. 2.5.2 besproken onderzoek van het Trimbos-instituut, hebben ook met deze vraag te maken. Op grond van de uitkomsten van de deelonderzoeken heeft de begeleidingscommissie niet de indruk dat er onderdelen van de wet zijn waar een verkeerde balans bestaat tussen zelfbeschikking en dwang. Tussen beide invalshoeken bestaat een spanning die inherent is aan de doelstellingen en de systematiek van een wet als de Bopz. De begeleidingscommissie signaleert dat uit het onderzoek dat nog het meest rechtstreeks betrekking heeft op deze spanning, de Trimbos-studie genoemd in par. 2.5.2, naar voren komt dat vrijwel alle betrokkenen het juist van belang achten de ethische dilemma's rond dwangtoepassing 'op spanning te houden'. De tweede evaluatie levert naar de mening van de begeleidingscommissie geen aspecten op die waar het gaat om de balans zelfbeschikking –dwang ten principale een andere aanpak vragen. Dit onverlet de hiervoor genoemde aanbevelingen om op specifieke onderdelen wel (beleids)maatregelen te treffen.

2.8.3 De geschiktheid van de Wet Bopz voor de sectoren en patiëntengroepen die zij bestrijkt

Een centrale kwestie in het kader van deze tweede evaluatie is naar de mening van de begeleidingscommissie de vraag of de Wet Bopz geschikt is voor de sectoren die zij thans bestrijkt. In het voorafgaande heeft de begeleidingscommissie reeds aangegeven sterke twijfels te hebben over de effectiviteit van de Wet Bopz met betrekking tot patiënten uit de zogenaamde 'geen bereidheid geen bezwaar'-categorie (gbgb-groep). Ook zijn naar de mening van de begeleidingscommissie de beperkingsaspecten inzake deze categorie niet zodanig dat de vereiste rechtsbescherming alleen via toepassing van de Wet Bopz gerealiseerd kan worden. Overigens acht de begeleidingscommissie het raadzaam terzake een rechtsvergelijkende studie te laten verrichten. Acht jaren ervaring met de Wet Bopz wijst in de visie van de begeleidingscommissie uit, dat de rechtsbescherming die de wet de gbgb-groep beoogt te bieden, niet of maar in zeer beperkte mate wordt gerealiseerd. Problematisch in dit opzicht is vooral de wijze waarop in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector met de procedure van art. 60 Bopz en met de interne rechtspositieregeling van de gbgb-groep wordt omgegaan. De begeleidingscommissie verwacht niet dat in deze sectoren een zodanige aanpassing kan worden gerealiseerd dat wet en praktijk veel dichter bij elkaar komen te liggen. Vergelijkbare problemen doen zich voor bij de toepassing van de interne rechtspositieregeling in deze sectoren. De begeleidingscommissie wijst erop dat naarmate een wettelijke regeling verder weg ligt van de opvattingen, de ervaringen en het ethisch besef van de hulpverleners die de regeling moeten toepassen, de kansen op een succesvolle implementatie van de regeling afnemen. Nu zal de aansluiting tussen wet en praktijk nooit volledig kunnen worden gerealiseerd, maar de discrepantie tussen wet en praktijk kan zo omvangrijk zijn dat eerder van een illusie van rechtsbescherming dan van effectieve rechtsbescherming sprake is. In zo'n geval verdient de toepasselijkheid van de wet heroverweging.

Het gaat om een vraagstuk dat, reeds naar aanleiding van de uitkomsten van de eerste evaluatie, ook in de literatuur de nodige aandacht heeft gekregen. Bij wijze van voorbeeld wijst de begeleidingscommissie op de volgende passage uit de jaarrede 1998 van de toenmalige voorzitter van de Vereniging voor Gezondheidsrecht: "De Wet Bopz is onvoldoende toegesneden op [de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten]. Naar mijn mening moeten deze categorieën uit de Bopz worden gelicht, die dan wordt teruggebracht naar de oorspronkelijke doelgroep, de psychiatrische patiënt. Voor de andere categorieën patiënten

moeten (...) andere benaderingen worden ontwikkeld. Hierbij heeft de professie een rol te vervullen" (Roscam Abbing, 1998).

De begeleidingscommissie is het ten principale met deze benadering eens. Na deze tweede evaluatie kan de conclusie geen andere zijn dan dat de Wet Bopz overwegend ongeschikt is voor toepassing in de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg. Wel meent de begeleidingscommissie dat in deze sectoren de wet van toepassing moet blijven in gevallen waarin betrokkene zich verzet tegen opname en verblijf. Over de hele linie echter (psychiatrie, psychogeriatric, zorg voor verstandelijk gehandicapten) behoren patiënten uit de gbgb-groep uit de Wet Bopz te worden gehaald. De begeleidingscommissie kiest derhalve voor een stelsel waarin de toepasselijkheid van de Wet Bopz in alle sectoren waarop de wet betrekking heeft, wordt beperkt tot patiënten die zich verzetten tegen opname en verblijf.

Aanbeveling 35:

De overheid behoort de toepasselijkheid van de Wet Bopz te beperken tot patiënten die bezwaar maken tegen de opname en het verblijf; voor patiënten uit de gbgb-groep behoort een andere rechtspositieregeling te worden ontwikkeld, met inachtneming van de hieronder te noemen voorwaarden.

De begeleidingscommissie verwacht dat een benadering waarin patiënten uit de gbgb-groep buiten de Wet Bopz worden gebracht uiteindelijk zal leiden tot een betere aansluiting tussen de praktijk en de rechtspositieregeling van de patiënt dan thans het geval is. Vanzelfsprekend mag het buiten de Wet Bopz plaatsen van deze groep er niet toe leiden dat deze patiënten rechtspositieel 'vogelvrij' worden. Er zal derhalve aan een aantal voorwaarden moeten zijn voldaan alvorens de Wet Bopz kan worden beperkt tot gevallen waarin de patiënt zich verzet tegen opname en verblijf:

- 1 Een regeling voor de objectieve vaststelling van de (wils)onbekwaamheid van betrokkene terzake van de opname en het verblijf in de instelling (zie par. 2.7.3 en aanbeveling 31 van de begeleidingscommissie);
- 2 Een regeling op grond waarvan een vertegenwoordiger van de patiënt uit de gbgb-groep instemt met de opname. De begeleidingscommissie gaat er daarbij vanuit dat patiënten uit de gbgb-groep in veruit de meeste gevallen wilsonbekwaam zijn met betrekking tot de opname-beslissing en dat daardoor een ingang ontstaat om een vertegenwoordiger een rol te geven;
- 3 Een operationalisering van het begrip verzet, met de ruime inhoud zoals eertijds door de wetgever beoogd (zie par. 2.7.2 en aanbeveling 30 van de begeleidingscommissie). Dit om te voorkomen dat mensen ten onrechte in de gbgb-categorie worden geplaatst;
- 4 Een zorgvuldige check, zowel kort voor de opname als regelmatig gedurende het verblijf, op de aanwezigheid van verzet. Is er van verzet tegen opname of verblijf sprake, dan behoort (alsnog) een Bopz-procedure te worden gevolgd;
- 5 Een operationalisering onder de vlag van de WGBO, in de vorm van richtlijnen of protocollen, van de zorg van een goed hulpverlener, waar het gaat om de relatie tussen het zorg/behandelplan, maatregelen die nodig zijn om patiënten te beschermen en verzet van de patiënt tegen opname/verblijf of behandeling (zie par. 2.7.5 en aanbeveling 33 van de begeleidingscommissie);
- 6 Een goede regeling van het klachtrecht van de patiënt (zie par. 2.5.4.1 en aanbeveling 17 van de begeleidingscommissie);
- 7 Een adequaat toezicht door de Inspectie (zie par. 2.5.4.2 en aanbeveling 18);
- 8 De (door het veld te ondernemen) ontwikkeling van een adequaat en transparant kwaliteitsbeleid inzake de zorg voor patiënten uit de gbgb-groep.

Deze acht punten vereisen activiteiten van verschillende actoren. Niet alleen van de wetgever, maar (juist) ook van instellingen zelf en van hun brancheorganisaties en wetenschappelijke verenigingen. De bereidheid van deze betrokkenen om de in de punten 1 tot en met 8 genoemde condities te scheppen is een absolute voorwaarde voor het buiten de Wet Bopz brengen van patiënten uit de gbgb-groep. Naar de mening van de begeleidingscommissie is deze bereidheid in het veld groeiende, getuige bijvoorbeeld de onder auspiciën van GGZ Nederland ontwikkelde 'Kwaliteitscriteria Drang en Dwang' (Berghmans et al, 2001) en de Richtlijn over het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de zorg (CBO, 2001).

Mocht daartoe worden besloten dan is een belangrijke vraag welk wettelijk kader wordt gekozen om een en ander te realiseren. De begeleidingscommissie ziet twee opties:

- a Er wordt gebruik gemaakt van bestaande wettelijke regelingen. De genoemde punten 1, 2, 4, 6 en 7 zouden kunnen worden geregeld in de Wet Bopz, die immers ook ruimte biedt om bepalingen op te nemen die niet (alleen) zich verzettende patiënten betreffen. Punt 5 kan worden opgepakt in de context van de WGBO en punt 8 op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen. De punten 3 en 5 zullen per definitie in de sfeer van de zelfregulering liggen, met hooguit een kaderstellende rol van de wetgever;
- b Het ontwerpen van een nieuwe wettelijke regeling, waarin zoveel mogelijk van de genoemde punten worden geregeld. Deze optie wordt wel bepleit in het veld, vanwege de duidelijkheid die uitgaat van één wettelijke regeling en vanwege de mogelijkheid om de wet beter toe te spitsen op de sectoren waar het om gaat.

Voor de begeleidingscommissie staat voorop DAT de punten 1 tot en 8 worden gerealiseerd, en minder HOE dat gebeurt. De begeleidingscommissie heeft geen uitgesproken voorkeur voor een van beide opties, maar wijst er wel op dat de realisatie van optie b waarschijnlijk veel meer tijd vergt dan de realisatie van optie a.

2.8.4 Aanbevelingen betreffende de volgende evaluatie

Art. 71 van de Wet Bopz bepaalt dat deze wet elke vijf jaren wordt geëvalueerd. Dat betekent dat in 2006 de derde evaluatie van de wet plaatsvindt. In de tussentijd kan al een groot aantal maatregelen worden getroffen om de aansluiting tussen de wet en de praktijk te verbeteren. In het bovenstaande heeft de begeleidingscommissie op tal van punten aanbevelingen terzake gedaan. Het is naar de mening van de begeleidingscommissie van groot belang om de implementatie van deze aanbevelingen planmatig aan te pakken. Een optimale gebruikmaking van de derde evaluatie houdt onder meer in, dat beter dan in deze ronde het geval was gekeken kan worden naar de effecten van (beleids)maatregelen die naar aanleiding van de uitkomsten van deze tweede evaluatie getroffen worden. De begeleidingscommissie heeft in het voorafgaande enkele aanbevelingen heeft gedaan om nader onderzoek te verrichten (bijvoorbeeld de aanbevelingen 1, 31 en 34). In de visie van de begeleidingscommissie behoren deze onderzoeken, los van de volgende evaluatie, zo snel mogelijk te worden uitgevoerd. Dat geldt ook voor de andere activiteiten die in de aanbevelingen van de begeleidingscommissie besloten liggen, betreffende de overheid, de Inspectie, brancheorganisaties, instellingen etc. In de visie van de begeleidingscommissie behoren deze (beleids)maatregelen uiterlijk eind 2004 te zijn gerealiseerd, teneinde in 2006 een effectieve evaluatie mogelijk te maken. Voor het realiseren van wijzigingen van de wet, en met name een zo omvangrijke als genoemd wordt in aanbeveling 35, zullen soms langere termijnen moeten gelden.

Met betrekking tot de inhoud van de derde evaluatie pleit de begeleidingscommissie ervoor een thematische en gerichte aanpak te kiezen, op een wijze die vergelijkbaar is met die waarop de onderwerpen van deze tweede evaluatie zijn geselecteerd. Wel acht de begeleidingscommissie het het overwegen waard tijdig een vooronderzoek te doen, teneinde zicht te krijgen op de

onderdelen van de wet die door de betrokkenen in het veld om welke reden dan ook als problematisch worden ervaren. Ervan uitgaande dat de onderzoeken in het kader van de derde evaluatie in 2006 zullen worden uitgevoerd en derhalve in 2005 zullen worden aanbesteed, zal dit vooronderzoek uiterlijk op de overgang van 2004 naar 2005 moeten plaatsvinden.

Waar het gaat om het proces van de evaluatie heeft de begeleidingscommissie reeds eerder aangegeven niet gelukkig te zijn met de thans gekozen procedure (zie par. 2.2). Wordt er bij een volgende evaluatie wederom gewerkt met een commissiestructuur dan is het beter een aanpak te kiezen waarin de commissie niet slechts een rol krijgt nadat het onderzoeksprogramma is vastgesteld en de onderzoeksinstituten zijn geselecteerd, maar ook daarvoor bij de procedure is betrokken.

Tenslotte wijst de begeleidingscommissie op het belang van de randvoorwaarden voor een goede evaluatie. Een belangrijke randvoorwaarde is de beschikbaarheid van goede en volledige informatie. De begeleidingscommissie wijst op haar aanbevelingen betreffende het Bopzisteststelsel. Ook bleek het in het kader van enkele deelonderzoeken moeilijk om respondenten uit de patiëntengroep in het onderzoek te betrekken. Dit bleek mede samen te hangen met onduidelijkheid over de vraag of op onderzoeken als in dit kader verricht de bepalingen van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen van toepassing zijn. Het is van cruciaal belang dat in wetsevaluaties als deze de meningen en ervaringen van patiënten kunnen worden betrokken. Alle betrokkenen, en in het bijzonder ook de onderzoekers, moeten tijdig alert zijn op de voorwaarden die daarbij behoren te gelden.

Literatuur

Adviescommissie IGZ 2001

Adviescommissie IGZ, 'Op weg naar gezond vertrouwen – Advies over de strategie voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg'. Den Haag, 2001.

Arends 2001

L.A.P. Arends, 'Implementatie Wet Bopz in verzorgingshuizen (onderzoek in opdracht van Arcares)'. Rotterdam, 2001.

Berghmans 2001

R.L.P. Berghmans e.a., Kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie. Utrecht/Maastricht, 2001.

Biesaat en Hubben 1997

M.C.I.H. Biesaat en J.H. Hubben, 'Beoordeling van wilsonbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke handicap'. Nijmegen, 1997.

Biesaat en Hubben 2000

M.C.I.H. Biesaat en J.H. Hubben, 'Methodiek voor de vaststelling van wilsonbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke handicap'. Nunspeet/Nijmegen, 2000.

Boersma, Hertogh, Olde Rikkert 1999

F. Boersma, C.M.P.M. Hertogh en M.G.M. Olde Rikkert, Gedragscode voor de beoordeling van verzet bij wetenschappelijk onderzoek met wilsonbekwame (psycho)geriatrische patiënten. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie 1999, p. 144-148.

CBO 2001

Richtlijn 'Het gebruik van vrijheidsbeperkende interventies in de zorg'. Utrecht, 2001.

Commissie Beleidsvisie TBS 2001

Commissie Beleidsvisie TBS, 'Veilig en wel'. Den Haag, 2001.

Evaluatiecommissie Bopz 1996

Evaluatiecommissie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, 'Tussen invoering en praktijk – Wet Bopz evaluatierapport'. Rijswijk, 1996.

Kabinetsstandpunt 1997

Brief van de minister van VWS, Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 673, nr. 1.

RVZ 1997

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 'Beter (z)onder dwang'. Zoetermeer, 1997.

RVZ 2000

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 'Interculturalisatie van de gezondheidszorg'. Zoetermeer, 2000.

Roscam Abbing 1998

H.D.C. Roscam Abbing, Medisch-professionele verantwoordelijkheid en de relatie tussen artsen en patiënten. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1998, nr. 4, p. 213-217.

ZON 2000

ZorgOnderzoek Nederland, Evaluatie Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. Den Haag, 2000.

Afkortingen

apz	algemeen psychiatrisch ziekenhuis
Awb	Algemene wet bestuursrecht
Bopzis	Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen informatiesysteem
Bvt	Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens
ggz	geestelijke gezondheidszorg
gbgb	'geen bereidheid geen bezwaar'
IBS	inbewaringstelling
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
M&M	Middelen en maatregelen
pvp	patiëntenvertrouwenspersoon
RM	rechterlijke machtiging
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
Stb.	Staatsblad
TBS	terbeschikkingstelling
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector

Bijlagen

1

Begeleidingscommissie evaluatie Wet Bopz

Leden

Prof. dr. J. Pool (voorzitter)
Mr. dr. A.C. Hendriks
Dr. C.M.P.M. Hertogh
Mr. R.B.M. Keurentjes
Prof. dr. F.A.M. Kortmann
Mr. J.C.M.J. Monden
Drs. C. aan de Stegge
Mr. drs. T.P. Widdershoven

Waarnemers

Mr. G.V.C. Dekker (IGZ)
Mr. M.O. Samuels (VWS)

Secretariaat ZonMw

Mr. M.C. Ploem
M. Slijper, MPH
Mr. M.D. van Steekelenburg

2

Commissie evaluatie regelgeving

Leden

Prof. dr. H.J.J. Leenen (voorzitter)
Prof. dr. O.J.S. Buruma (vice-voorzitter)
Mr. C.A. de Goede
Mr. drs. A.P. van Gulp
Prof. dr. J. Pool
Mr. W. P. Rijkse
Drs. R.L.J.M. Scheerder
Mr. L.J.H.H.M. Vandeputte-Niemegeers
Prof. dr. G. van der Wal

Waarnemer

Mr. P.W.H.M. Francissen (VWS)

Bureau ZonMw

G. van Gorkum (programmasecretaresse)
Mr. M.C. Ploem (programmasecretaris)
M. Slijper, MPH (programma-assistent)
Mr. M.D. van Steekelenburg (programmasecretaris)

3

Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

Geschiedenis: Staatsblad 1993, 655; Staatsblad 1995, 308; Staatsblad 1997, 271; Staatsblad 1997, 510; Staatsblad 1997, 660; Staatsblad 1998, 430; Staatsblad 1999, 30; Staatsblad 2000, 292; Staatsblad 2001, 180; Staatsblad 2001, 581; Staatsblad 2001, 584

HOOFDSTUK I. ALGEMEEN

Artikel 1

1. Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde wordt verstaan onder:
 - a. Onze Minister: Onze Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur;
 - b. hoofdinspecteur: de bevoegde hoofdinspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid;
 - c. inspecteur: de bevoegde inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid;
 - d. stoornis van de geestvermogens: een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens;
 - e. gestoord zijn in zijn geestvermogens: een stoornis van de geestvermogens hebben;
 - f. gevaar:
 - 1°. gevaar voor degene, die het veroorzaakt, hetgeen onder meer bestaat uit:
 - a. het gevaar dat betrokkene zich van het leven zal beroven of zichzelf ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen;
 - b. het gevaar dat betrokkene maatschappelijk te gronde gaat;
 - c. het gevaar dat betrokkene zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen;
 - d. het gevaar dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen zal oproepen.
 - 2°. gevaar voor een of meer anderen, hetgeen onder meer bestaat uit:
 - a. het gevaar dat betrokkene een ander van het leven zal beroven of hem ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen;
 - b. het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander;
 - c. het gevaar dat betrokkene een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen.
 - 3°. gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen;
 - g. echtgenoot: de niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot;
 - h. psychiatrisch ziekenhuis: een door Onze Minister als psychiatrisch ziekenhuis, verpleeginrichting dan wel zwakzinnigeninrichting aangemerkte zorginstelling of afdeling daarvan, gericht op behandeling, verpleging en verblijf van personen die gestoord zijn in hun geestvermogens en mede geschikt voor de desbetreffende categorie van met toepassing van hoofdstuk VI, § 1, of hoofdstuk VIII opgenomen personen;
 - i. arts: een persoon die bevoegd is de titel van arts te voeren;
 - j. psychiater: een arts die bevoegd is de titel van psychiater of zenuwarts te voeren;
 - k. instelling: een rechtspersoonlijkheid bezittende vereniging, stichting of instelling, welke zich blijkens haar statuten of reglementen toelegt op het bevorderen van de psycho-sociale of de sociaal-psychiatrische zorg ten behoeve van personen die gestoord zijn in hun geestvermogens;

- l. inbewaringstelling: de inbewaringstelling, bedoeld in artikel 20;
- m. patiëntenvertrouwenspersoon: persoon die in een psychiatrisch ziekenhuis werkzaam is om, onafhankelijk van het bestuur en van personen in dienst van het ziekenhuis, aan patiënten in het ziekenhuis op hun verzoek advies en bijstand te verlenen in aangelegenheden, samenhangend met hun opneming en verblijf in het ziekenhuis.
2. Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde heeft degene die met betrokkene een duurzame gemeenschappelijke huishouding heeft of met betrokkene een geregistreerd partnerschap is aangegaan, gelijke bevoegdheden als de echtgenoot.
 3. Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde wordt onder "geneesheer-directeur" mede verstaan de arts die, hoewel geen directeursfunctie bekleedende, belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied in het psychiatrisch ziekenhuis.
 4. Voor de toepassing van deze wet wordt onder "rechter" verstaan de enkelvoudige of meervoudige kamer van de rechtbank voor het behandelen en beslissen van burgerlijke zaken, met dien verstande dat aan de behandeling van zaken met betrekking tot minderjarige personen de kinderrechter deelneemt.
 5. Onze Minister kan bepalen, welk college voor de toepassing van deze wet ten aanzien van psychiatrische ziekenhuizen van Rijk, provincie of gemeente als bestuur wordt aangemerkt.

HOOFDSTUK II. OPNEMING

§ 1. Voorlopige machtiging

Artikel 2

1. De rechter kan op verzoek van de officier van justitie een voorlopige machtiging verlenen om iemand die gestoord is in zijn geestvermogens, in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen en te doen verblijven. Indien de betrokkene reeds vrijwillig in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, strekt de machtiging er toe het verblijf te doen voortduren.
2. Een machtiging als bedoeld in het eerste lid, kan slechts worden verleend indien naar het oordeel van de rechter
 - a. de stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar doet veroorzaken, en
 - b. het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend.
3. Voor opneming en verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis is een machtiging als bedoeld in het eerste lid vereist, indien ter zake daarvan
 - a. de betrokkene geen blijk geeft van de nodige bereidheid en twaalf jaar of ouder is,
 - b. de ouders die gezamenlijk of de ouder die alleen het gezag over de betrokkene uitoefenen, de voogd, de curator dan wel de mentor, van oordeel zijn dat opneming en verblijf niet moeten plaatsvinden, of
 - c. de ouders die gezamenlijk het gezag over de betrokkene uitoefenen, van mening verschillen.
4. In het geval, bedoeld in de tweede volzin van het eerste lid, is de machtiging vereist indien de daartoe met overeenkomstige toepassing van het derde lid bevoegde persoon of personen ervan blijk geven het vrijwillig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis te willen beëindigen, tenzij die persoon of personen te kennen geven de behandeling in een ander door deze persoon of personen aangewezen psychiatrisch ziekenhuis te willen doen voortzetten en dat ziekenhuis bereid is de betrokkene op te nemen.
5. Met betrekking tot het in het derde lid, onder a, bedoelde blijk geven van de nodige bereidheid is artikel 453 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek niet van toepassing.

Artikel 3

In afwijking van het bepaalde in artikel 2, derde lid, onder a, is voor opneming en verblijf van een persoon in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting de in artikel 2 bedoelde machtiging vereist, indien de betrokkene blijk geeft van verzet tegen opneming of verblijf.

Artikel 4

1. Tot het indienen van een verzoek, gericht op het verkrijgen van een voorlopige machtiging als bedoeld in artikel 2, zijn bevoegd:
 - a. de echtgenoot;
 - b. de ouders dan wel een van hen, voor zover zij niet van het gezag zijn ontheven of ontzet,

- en elke meerderjarige bloedverwant in de rechte lijn, niet zijnde een ouder, en in de zijlijn tot en met de tweede graad;
- c. de voogd, de curator of de mentor van de betrokkene.
2. Het verzoek wordt schriftelijk gedaan aan de officier van justitie bij de ingevolge artikel 7 bevoegde rechtbank.

Artikel 5

1. Bij een verzoek als bedoeld in artikel 4, moet worden overgelegd een verklaring van een psychiater die de betrokkene met het oog daarop kort te voren heeft onderzocht maar niet bij diens behandeling betrokken was. In het geval, bedoeld in artikel 2, vierde lid, moet worden overgelegd een verklaring van de geneesheer-directeur van het ziekenhuis waarin betrokkene verblijft, die:
- a. indien hij niet bij de behandeling betrokken was, betrokkene met het oog daarop kort tevoren heeft onderzocht of doen onderzoeken door een psychiater die niet bij de behandeling betrokken was, of
 - b. indien hij bij de behandeling betrokken was, betrokkene met het oog daarop kort tevoren heeft doen onderzoeken door een psychiater die niet bij de behandeling betrokken was.
- De geneeskundige verklaring verschaft inzicht in de actuele situatie van de betrokkene. De verklaring moet met redenen zijn omkleed en zijn ondertekend.
2. Indien in een geval als bedoeld in artikel 2, vierde lid, een verklaring zal worden opgemaakt met het oog op een verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging als bedoeld in artikel 2, eerste lid, wordt de betrokkene daarvan in kennis gesteld.
3. De psychiater, bedoeld in de eerste volzin van het eerste lid, pleegt zo mogelijk tevoren overleg met de huisarts en de behandelend psychiater van de betrokkene. Indien dit overleg niet heeft plaatsgevonden, vermeldt de psychiater de reden daarvan in de verklaring. In het geval bedoeld in artikel 2, vierde lid, pleegt degene die het onderzoek uitvoert tevoren overleg met de behandelend psychiater.
4. Indien de betrokkene minderjarig is, moet tevens worden overgelegd een uittreksel uit het in artikel 244 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek bedoelde register, of een verklaring van de griffier van de rechtbank dat ten aanzien van de minderjarige het register geen gegevens bevat.
5. Indien de betrokkene onder curatele is gesteld, moet tevens worden overgelegd een uittreksel uit het in artikel 391 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek bedoelde register.
6. Indien ten behoeve van de betrokkene een mentorschap is ingesteld, moet tevens worden overgelegd een afschrift van de beschikking waarbij het mentorschap is ingesteld alsmede van die waarbij een mentor is benoemd.

Artikel 6

1. Indien een verzoek als bedoeld in artikel 4, is gedaan, doet de officier van justitie bij de rechter een verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging, tenzij hij het verzoek, bedoeld in artikel 4, kennelijk ongegrond acht of minder dan een jaar verstreken is sedert een vorig verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging is afgewezen dat op dezelfde persoon betrekking had, en uit het nieuwe verzoek als bedoeld in artikel 4 niet blijkt van nieuwe feiten.
2. Indien zich naar het oordeel van de officier van justitie een geval voordoet als bedoeld in artikel 2, doet hij, ook indien hij daartoe ingevolge het eerste lid niet verplicht is, bij de rechter een verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging.
3. Indien de beslissing van de officier van justitie inzake het doen van het verzoek betrekking heeft op een persoon die reeds in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, deelt de officier zijn beslissing schriftelijk mede aan de geneesheer-directeur van dat psychiatrisch ziekenhuis.
4. Een verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging ten aanzien van een persoon die reeds in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, wordt zo spoedig mogelijk gedaan, doch in elk geval binnen twee weken na de dag van verzending van de verklaring van de geneesheer-directeur, bedoeld in artikel 5, eerste lid.
5. Bij het verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging worden de in artikel 5 bedoelde bescheiden alsmede - indien aanwezig - het verzoek, bedoeld in artikel 4, overgelegd.

Artikel 7

1. Bevoegd is de rechtbank van de woonplaats van de betrokkene of, bij gebreke van een woonplaats in Nederland, van zijn werkelijk verblijf dan wel, indien het verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging wordt gedaan in een geval als bedoeld in artikel 2, vierde lid, de rechtbank van het arrondissement waarin het ziekenhuis waarin de betrokkene verblijft, gelegen is.
2. Indien, in een geval als bedoeld in artikel 2, vierde lid, de betrokkene, nadat de verklaring

bedoeld in artikel 5, eerste lid, ter kennis van het openbaar ministerie is gekomen, is overgebracht naar een ziekenhuis in een ander arrondissement, kan de oorspronkelijk bevoegde officier van justitie dan wel - na het verzoek van de officier van justitie - de oorspronkelijk bevoegde rechter besluiten de behandeling van de zaak voort te zetten. De rechter kan evenwel verwijzing van de behandeling van het verzoek naar de rechter van dat andere arrondissement bevelen.

Artikel 8

1. Alvorens op het verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging te beschikken, hoort de rechter degene ten aanzien van wie de machtiging is verzocht, tenzij de rechter vaststelt dat de betrokkene niet bereid is zich te doen horen. Indien de betrokkene in Nederland verblijft, maar buiten staat is zich naar de rechtbank te begeven, zal de rechter, door de griffier vergezeld, hem te zijner verblijfplaats horen. Indien de betrokkene reeds in een psychiatrisch ziekenhuis of in een ziekenhuis, niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis, verblijft, wordt de rechter, vergezeld van de griffier, door het ziekenhuis in de gelegenheid gesteld hem aldaar te horen. Indien de betrokkene niet in Nederland verblijft, wordt de verdere behandeling van het verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging aangehouden totdat hij in Nederland kan worden gehoord.
2. De betrokkene die minderjarig is, onder curatele is gesteld dan wel ten behoeve van wie een mentorschap is ingesteld, is bekwaam in deze procedure in rechte op te treden.
3. De rechter geeft het bureau rechtsbijstandvoorziening last tot toevoeging van een raadsman aan de betrokkene, tenzij de betrokkene daartegen bedenkingen heeft. De artikelen 38, 39, 45 tot en met 49, 50, eerste lid, en 51 van het Wetboek van Strafvordering zijn van overeenkomstige toepassing.
4. De rechter doet zich, zo mogelijk, voorlichten door:
 - a. degene die het verzoek, bedoeld in artikel 4, heeft ingediend;
 - b. de echtgenoot;
 - c. degene door wie de betrokkene wordt verzorgd;
 - d. de ouders van de betrokkene die het gezag uitoefenen;
 - e. de voogd, de curator of de mentor van de betrokkene;
 - f. de instelling of psychiater die de betrokkene behandelt of begeleidt;
 - g. degene die de verklaring, bedoeld in artikel 5, heeft afgegeven.
5. De rechter kan zich doen voorlichten door een of meer van de in artikel 4 bedoelde bloedverwanten die het verzoek niet hebben ingediend.
6. De rechter kan onderzoek door deskundigen bevelen en is bevoegd deze deskundigen alsmede getuigen op te roepen. De rechter roept de door de betrokkene opgegeven deskundigen en getuigen op, tenzij hij van oordeel is dat door het achterwege blijven daarvan de betrokkene redelijkerwijs niet in zijn belangen kan zijn geschaad. Indien hij een opgegeven deskundige of getuige niet heeft opgeroepen, vermeldt hij de reden daarvan in de beschikking.
7. Indien de rechter dit gewenst oordeelt, kan hij de personen, bedoeld in het vierde lid, onder a en g verplichten te verschijnen.
8. Indien de rechter zich doet voorlichten door een of meer der personen, bedoeld in het vierde, vijfde en zesde lid, buiten tegenwoordigheid van de betrokkene, wordt de zakelijke inhoud van de verstrekte inlichtingen aan de betrokkene medegedeeld.
9. De betrokkene of zijn raadsman wordt in de gelegenheid gesteld zijn zienswijze kenbaar te maken naar aanleiding van de mededelingen en verklaringen van de personen, bedoeld in het vierde, vijfde en zesde lid.
10. Kosten van getuigen en deskundigen in verband met de toepassing van het zesde lid, komen ten laste van 's Rijks kas.

Artikel 9

1. De rechter beslist zo spoedig mogelijk. Indien het verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging betrekking heeft op een persoon die reeds in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, beslist de rechter in elk geval binnen drie weken na het indienen van het verzoekschrift.
2. De griffier zendt een afschrift van de beschikking inzake de machtiging aan:
 - a. de betrokkene;
 - b. de raadsman van de betrokkene;
 - c. de ouders die het gezag uitoefenen, de voogd, de curator of de mentor;
 - d. de echtgenoot van de betrokkene of degene door wie de betrokkene wordt verzorgd;
 - e. de verzoeker indien deze niet is een der onder c of d genoemde personen;
 - f. de officier van justitie.
3. Van een beschikking waarbij op het verzoek tot het verlenen van de voorlopige machtiging afwijzend wordt beslist, geeft de griffier tevens kennis aan de huisarts van de betrokkene en

aan de inspecteur.

4. Bij de kennisgeving aan de huisarts en de inspecteur, bedoeld in het derde lid, voegt de griffier afschrift van de geneeskundige verklaring, bedoeld in artikel 5.

5. Tegen de beschikking op een verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging staat geen hoger beroep open.

Artikel 10

1. De beschikking van de rechter is bij voorraad uitvoerbaar. De voorlopige machtiging kan niet meer ten uitvoer worden gelegd wanneer meer dan twee weken na haar dagtekening zijn verlopen.

2. Indien in de eerste week na de dagtekening van de voorlopige machtiging, niet zijnde een machtiging in een geval als bedoeld in artikel 3, door de daarvoor in aanmerking komende psychiatrische ziekenhuizen nog niet tot opneming is overgegaan, kan de officier van justitie, na overleg met de inspecteur, een van de bovenbedoelde ziekenhuizen bevelen de betrokkene op te nemen. Hij legt zodanige verplichting niet op dan nadat hij de geneesheer-directeur van het desbetreffende ziekenhuis heeft gehoord. Het desbetreffende ziekenhuis is verplicht de betrokkene op te nemen.

3. Bij de opneming van de betrokkene in een psychiatrisch ziekenhuis wordt een afschrift van de in artikel 5 bedoelde geneeskundige verklaring aan het ziekenhuis overgelegd.

4. De voorlopige machtiging heeft een geldigheidsduur van ten hoogste zes maanden na haar dagtekening, onverminderd het bepaalde in de artikelen 48 en 49.

Artikel 11

De geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis waarin de betrokkene is opgenomen, doet van deze opneming zo spoedig mogelijk mededeling aan de griffier van de rechtbank die de machtiging heeft verleend, en aan de officier van justitie bij die rechtbank.

Artikel 12

1. Na ontvangst van de in artikel 11 bedoelde mededeling geeft de griffier van het verlenen van de voorlopige machtiging - onder vermelding van het psychiatrisch ziekenhuis waarin de betrokkene ingevolge de machtiging verblijft - kennis aan:

- a. de in artikel 8, vierde lid, onder *b* tot en met *g* bedoelde personen of instelling en de huisarts van de betrokkene;
- b. de inspecteur en de officier van justitie in wier ambtsgebieden het psychiatrisch ziekenhuis gelegen is.

2. De griffier stelt desgevraagd andere personen en instellingen die door de rechter zijn gehoord, met uitzondering van de persoon, bedoeld in artikel 8, vierde lid, onder *a*, in kennis van het verlenen van de voorlopige machtiging onder vermelding van de naam en het adres van het psychiatrisch ziekenhuis waarin de betrokkene is opgenomen.

Artikel 13

Aan de geneesheer-directeur en aan de voor de behandeling verantwoordelijke persoon geeft de griffier desgevraagd nadere inlichtingen omtrent hetgeen de rechter bij de behandeling van het verzoek tot het verlenen van een voorlopige machtiging tot voorlichting heeft gediend.

Artikel 14

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur, vast te stellen op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie, worden nadere voorschriften gegeven met betrekking tot het verzoekschrift, bedoeld in artikel 4, en de verklaringen, bedoeld in artikel 5.

§ 2. Machtigingen tot voortgezet verblijf

Artikel 15

1. De rechter kan op verzoek van de officier van justitie met betrekking tot een persoon die ingevolge een voorlopige machtiging in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, een machtiging tot voortgezet verblijf verlenen.

2. Een machtiging tot voortgezet verblijf kan slechts worden verleend indien naar het oordeel van de rechter:

- a. de stoornis van de geestvermogens van de betrokkene ook na verloop van de geldigheidsduur van de lopende machtiging aanwezig zal zijn en deze stoornis betrokkene ook dan gevaar zal doen veroorzaken, en
 - b. het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten het ziekenhuis kan worden afgewend.
3. Met betrekking tot de voortzetting van het verblijf van de betrokkene in het psychiatrisch ziekenhuis na verloop van de geldigheidsduur van de lopende machtiging zijn artikel 2, derde en vierde lid, en artikel 4 van overeenkomstige toepassing.

Artikel 16

1. Bij een verzoek van een persoon als bedoeld in artikel 4, gericht op het verkrijgen van een machtiging tot voortgezet verblijf, moet worden overgelegd een verklaring van de geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis waarin de betrokkene is opgenomen. Uit de verklaring dient te blijken dat het geval, bedoeld in artikel 15, zich voordoet.
2. Met betrekking tot de verklaring van de geneesheer-directeur zijn de artikelen 5, eerste lid, tweede volzin, 5, derde lid, derde volzin en 14 van overeenkomstige toepassing.
3. Met betrekking tot het verzoek van de officier van justitie is artikel 6, eerste, tweede en derde lid, van overeenkomstige toepassing.
4. Bij het verzoek van de officier van justitie moet worden overgelegd de verklaring, bedoeld in het eerste lid. Bij die verklaring is een afschrift gevoegd van de in artikel 37a bedoelde aantekeningen en van het in artikel 38 bedoelde behandelingsplan. Indien het behandelingsplan nog niet tot stand is gekomen wordt daarvan bij de verklaring mededeling gedaan, onder vermelding van de daarvoor bestaande redenen. Indien artikel 38, vijfde lid, derde volzin, toepassing heeft gevonden wordt daarvan, onder vermelding van de redenen, bij de verklaring mededeling gedaan. Indien dit behandelingsplan nog niet tot stand is gekomen, is bij de voornoemde verklaring een desbetreffende mededeling gevoegd waarin de daarvoor bestaande redenen worden vermeld. Indien artikel 38, vijfde lid, derde volzin, toepassing heeft gevonden, wordt zulks met redenen omkleed bij de mededeling, bedoeld in de voorgaande volzin, vermeld.
5. Bevoegd is de rechtbank van het arrondissement waarin het ziekenhuis waarin de patiënt is opgenomen, is gelegen. Artikel 7, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 17

1. Het verzoekschrift van de officier van justitie tot het verlenen van een machtiging tot voortgezet verblijf wordt ingediend tijdens de zesde of vijfde week voor het einde van de geldigheidsduur van de lopende machtiging.
2. De rechter beslist binnen vier weken na het indienen van het verzoekschrift. De artikelen 8, 9, tweede tot en met vijfde lid, 12, 13 en 14 zijn van overeenkomstige toepassing.
3. De machtiging tot voortgezet verblijf, bedoeld in artikel 15, eerste lid, heeft een geldigheidsduur van ten hoogste een jaar na haar dagtekening, onverminderd het bepaalde in de artikelen 48 en 49.
4. Indien het verzoek van de officier van justitie betrekking heeft op een machtiging tot voortgezet verblijf in een zwakzinnigeninrichting of een verpleeginrichting, kan, indien te verwachten valt dat de omstandigheden, bedoeld in artikel 2, tweede lid, zich zullen blijven voordoen, een machtiging worden verleend die een geldigheidsduur heeft van ten hoogste vijf jaren, onverminderd het bepaalde in de artikelen 48 en 49.
5. De beschikking, bedoeld in het derde lid, is bij voorraad uitvoerbaar.

Artikel 18

1. De rechter kan op verzoek van de officier van justitie met betrekking tot een persoon die op grond van een machtiging tot voortgezet verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, telkens een nieuwe machtiging tot voortgezet verblijf verlenen.
2. Artikel 15, tweede en derde lid, en de artikelen 16 en 17 zijn van toepassing.

Artikel 19

Indien het verblijf van een persoon in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van rechterlijke machtigingen als bedoeld in de artikelen 2, 15 en 18, zonder onderbreking ten minste vijf jaren heeft geduurd, kan een machtiging tot voortgezet verblijf worden verleend die een geldigheidsduur heeft van ten hoogste twee jaren, onverminderd het bepaalde in de artikelen 48 en 49.

§ 3. Inbewaringstelling en machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling

Artikel 20

1. De burgemeester kan in het geval, bedoeld in het tweede lid, bij beschikking lastgeven dat een persoon die zich in zijn gemeente bevindt, gedurende de periode, benodigd voor de toepassing van artikel 27, in bewaring wordt gesteld, indien deze persoon twaalf jaar of ouder is en geen blijk geeft van de nodige bereidheid zich in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen dan wel een van de andere omstandigheden, bedoeld in artikel 2, derde en vierde lid, zich voordoet. De burgemeester kan de uitoefening van de bevoegdheid, bedoeld in de eerste volzin, delegeren aan een wethouder.
2. De burgemeester kan slechts lastgeven tot inbewaringstelling als bedoeld in het eerste lid, indien naar zijn oordeel
 - a. de betrokkene gevaar veroorzaakt,
 - b. het ernstige vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene het gevaar doet veroorzaken,
 - c. het gevaar zo onmiddellijk dreigend is dat toepassing van paragraaf 1 van dit hoofdstuk niet kan worden afgewacht, en
 - d. het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend.
3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur, vast te stellen op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Binnenlandse Zaken, worden nadere voorschriften gegeven met betrekking tot de beschikking, bedoeld in het eerste lid. Een afschrift van de beschikking wordt aan betrokkene uitgereikt.
4. Het ten uitvoer leggen van een krachtens het eerste lid gegeven beschikking draagt de burgemeester op aan een of meer ambtenaren, aangesteld voor de uitvoering van de politietaak, die zich voorzien van de bijstand van een of meer personen met kennis van de zorg voor personen die gestoord zijn in hun geestvermogens. De bedoelde ambtenaren kunnen daartoe elke plaats betreden waar de op te nemen persoon zich bevindt, voor zover dat redelijkerwijs voor de vervulling van hun taak nodig is.
5. De door de burgemeester aangewezen personen kunnen aan de betrokkene voorwerpen ontnemen die een gevaar voor de veiligheid van de betrokkene of van anderen kunnen opleveren. Zij zijn bevoegd hem daartoe aan de kleding of aan het lichaam te onderzoeken.
6. Zo mogelijk worden de overeenkomstig het vijfde lid ontnomen voorwerpen met de betrokkene overgebracht naar het psychiatrisch ziekenhuis waarin hij wordt opgenomen. In het ziekenhuis wordt de patiënt een bewijs van ontvangst afgegeven waarin die voorwerpen zijn omschreven. De voorwerpen worden voor de patiënt bewaard, voor zover dit niet in strijd is met enig wettelijk voorschrift.
7. Bij de opneming van de betrokkene in het psychiatrisch ziekenhuis wordt door de door de burgemeester aangewezen personen een afschrift van de beschikking, bedoeld in het eerste lid, aan het ziekenhuis overgelegd. Tenzij het geval, bedoeld in artikel 2, vierde lid, zich heeft voorgedaan, wordt daarbij tevens overgelegd een afschrift van de in artikel 21 bedoelde geneeskundige verklaring.

Artikel 21

1. De burgemeester gelast een inbewaringstelling niet dan nadat een, bij voorkeur niet-behandelend, psychiater of, zo dat niet mogelijk is, een, bij voorkeur niet-behandelend arts, niet psychiater zijnde, een schriftelijke verklaring heeft verstrekt waaruit met inachtneming van het bepaalde in het tweede en derde lid, blijkt dat het geval, bedoeld in artikel 20, tweede lid, zich voordoet.
2. Indien de arts die de verklaring afgeeft, geen psychiater is, pleegt hij zo mogelijk tevoren overleg met een psychiater en wel, indien de betrokkene onder behandeling is van een psychiater, bij voorkeur met die psychiater; indien de arts die de verklaring afgeeft, niet is de huisarts van de patiënt, pleegt hij zo mogelijk tevoren overleg met de huisarts. Indien overleg als bedoeld in de eerste volzin niet heeft plaatsgevonden, vermeldt de arts die de verklaring afgeeft, de reden daarvan in de verklaring.
3. Alvorens de verklaring af te geven onderzoekt de arts, zo enigszins mogelijk, de betrokkene.
4. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur, vast te stellen op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie, worden nadere voorschriften gegeven ten aanzien van de geneeskundige verklaring, bedoeld in de voorgaande leden.

Artikel 22

1. De burgemeester draagt, tenzij de betrokkene daartegen bedenkingen heeft, er zorg voor dat

de betrokkene binnen 24 uur na het tijdstip waarop de beschikking, bedoeld in artikel 20, eerste lid, wordt gegeven, wordt bijgestaan door een raadsman. De artikelen 38, 39, 40, 45 tot en met 49, 50, eerste lid, en 51 van het Wetboek van Strafvordering zijn van overeenkomstige toepassing.

2. Bij algemene maatregel van bestuur, vast te stellen op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie, kunnen regels worden gegeven ten aanzien van de toepassing van de eerste volzin van het eerste lid.

Artikel 23

1. De burgemeester tekent zo spoedig mogelijk op de beschikking, bedoeld in artikel 20, eerste lid, de door hem ontvangen gegevens omtrent toepassing van de overige artikelen van deze paragraaf aan.

2. De schriftelijke beschikking van de burgemeester, de in artikel 21 bedoelde geneeskundige verklaring en een afschrift van het opgemaakte proces-verbaal, worden gedurende vijf jaren ter gemeentesecretarie bewaard en vervolgens vernietigd. De in de loop van deze termijn ontvangen stukken betreffende deze patiënt worden daarbij gevoegd.

3. De in het tweede lid bedoelde persoonsgegevens worden verzameld met het oog op de rechtspositie van de patiënt en zijn vertegenwoordigers alsmede met het oog op het toezicht in het kader van deze wet.

4. Is de beschikking niet ten uitvoer gelegd, dan wordt daarop de reden van niet-tenuitvoerlegging aangetekend. Het tweede lid is van toepassing.

Artikel 24

Indien binnen 24 uur na het tijdstip waarop de beschikking van de burgemeester is gegeven, door de daarvoor in aanmerking komende psychiatrische ziekenhuizen nog niet tot opname is overgegaan, kan de burgemeester na overleg met de inspecteur in wiens ambtsgebied zijn gemeente is gelegen, een van de bovenbedoelde ziekenhuizen bevelen de betrokkene op te nemen. Het betrokken ziekenhuis is verplicht de betrokkene op te nemen.

Artikel 25

1. De burgemeester draagt zorg dat onverwijld de inspecteur en de officier van justitie, in wier ambtsgebied zijn gemeente is gelegen, van de inbewaringstelling telefonisch of mondeling op de hoogte worden gesteld. Indien het ziekenhuis waarin de betrokkene zich ten tijde van de mededeling bevindt, is gelegen buiten het ambtsgebied van de inspecteur en de officier van justitie die op grond van de eerste volzin door de burgemeester op de hoogte moeten worden gesteld, worden ook de inspecteur en de officier van justitie, in wier ambtsgebied het ziekenhuis is gelegen, overeenkomstig het in de eerste volzin bepaalde op de hoogte gesteld.

2. Zo spoedig mogelijk nadat de beschikking is gegeven, doch in elk geval niet later dan de volgende dag, die niet is een zaterdag, zondag of algemeen erkende feestdag als bedoeld in de Algemene termijnenwet, zendt de burgemeester aan de in het eerste lid bedoelde functionarissen bij aangetekend schrijven een afschrift van de beschikking en van de in artikel 21 bedoelde geneeskundige verklaring.

Artikel 26

Bij de opname geeft de burgemeester aan de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger en de naaste (familie) betrekking van de betrokkene zo mogelijk kennis van de door hem op grond van artikel 20 gegeven beschikking en van de opname.

Artikel 27

1. Indien de officier van justitie na ontvangst van de in artikel 25, tweede lid, bedoelde bescheiden van oordeel is dat het gevaar, bedoeld in artikel 20, tweede lid, zich ten aanzien van de in bewaring gestelde persoon voordoet, doet hij uiterlijk op de dag na de datum van ontvangst van deze stukken die niet is een zaterdag, zondag of algemeen erkende feestdag als bedoeld in de Algemene termijnenwet (*Stb.* 1964, 314), bij de rechter een verzoek tot het verlenen van een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling van die persoon. De officier deelt aan de geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis waarin de betrokkene verblijft, schriftelijk mede dat het verzoekschrift is ingediend of dat hij heeft besloten geen verzoekschrift in te dienen.

2. Bij het verzoek van de officier van justitie worden overgelegd de beschikking van de burgemeester, bedoeld in artikel 20, eerste lid, en de geneeskundige verklaring, bedoeld in artikel 21. Artikel 5, vierde en vijfde lid, is van overeenkomstige toepassing.

3. Bevoegd is de rechtbank van het arrondissement waarin het ziekenhuis waarin de patiënt is opgenomen, is gelegen. Artikel 7, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 28

1. Degene ten aanzien van wie een last is gegeven tot inbewaringstelling, kan de rechter verzoeken een schadevergoeding toe te kennen op de grond dat de door de burgemeester gegeven last onrechtmatig was.
2. Het verzoek kan worden ingediend als zelfstandig verzoek bij een verweerschrift als bedoeld in artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, of bij een desbetreffend verzoekschrift ter gelegenheid van zijn verhoor, dan wel, indien de officier van justitie geen verzoek als bedoeld in artikel 27, eerste lid, doet, binnen zes weken nadat de last is gegeven, bij een afzonderlijk verzoekschrift.
3. Indien het verzoek wordt ingediend bij verzoekschrift ter gelegenheid van het verhoor van de betrokkene is artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering van overeenkomstige toepassing.

Artikel 29

1. Met betrekking tot de behandeling van de zaak door de rechter is artikel 8, eerste, tweede en derde lid, van overeenkomstige toepassing.
2. De rechter doet zich zo mogelijk voorlichten door personen uit de naaste omgeving van de betrokkene, door de arts die de geneeskundige verklaring, bedoeld in artikel 21, heeft opgemaakt en door de instelling of psychiater die de betrokkene begeleidt. Artikel 8, zesde lid, eerste volzin, zevende, achtste, negende en tiende lid, is van overeenkomstige toepassing.
3. De rechter beslist binnen drie dagen te rekenen vanaf de dag na die van het indienen van het verzoekschrift door de officier van justitie. De Algemene termijnenwet is op de termijn, bedoeld in de eerste volzin, van toepassing.
4. Artikel 9, tweede, derde en vierde lid, is van overeenkomstige toepassing. Indien de betrokkene op het tijdstip waarop het verzoekschrift tot voortzetting van de inbewaringstelling werd ingediend, nog niet in een psychiatrisch ziekenhuis was opgenomen, zijn de artikelen 11 en 12, eerste lid, van overeenkomstige toepassing.
5. Tegen de beschikking op een verzoek tot het verlenen van een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling staat geen gewoon rechtsmiddel open.

Artikel 30

De machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling heeft een geldigheidsduur van drie weken na haar dagtekening, onverminderd het bepaalde in de artikelen 48 en 49.

Artikel 31

1. Met betrekking tot een persoon die ingevolge een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling als bedoeld in artikel 27, eerste lid, in een ziekenhuis verblijft, zijn de artikelen 2, 3, 4, 6, eerste, tweede en derde lid, 8 tot en met 13 en 16 van overeenkomstige toepassing.
2. Het verzoekschrift wordt door de officier van justitie ingediend voor het einde van de geldigheidsduur van de lopende machtiging.

§ 4. Rechterlijke machtiging op eigen verzoek

Artikel 32

1. De rechter kan op verzoek van de officier van justitie een machtiging verlenen om een persoon die gestoord is in zijn geestvermogens en die bereid is deswege in een psychiatrisch ziekenhuis een behandeling te ondergaan, in een psychiatrisch ziekenhuis op te nemen of te doen verblijven, ook indien die bereidheid tijdens de duur van de machtiging komt te ontbreken.
2. Een machtiging als bedoeld in het eerste lid kan slechts worden verleend indien naar het oordeel van de rechter
 - a. de betrokkene gevaar veroorzaakt, en
 - b. het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend.
3. Een machtiging als bedoeld in het eerste lid kan, behoudens in het geval, bedoeld in het vijfde lid, slechts worden verleend indien het verzoek door de officier van justitie is gedaan op verzoek van betrokkene.
4. Een betrokkene als bedoeld in het derde lid, kan zijn een minderjarige, een persoon die

onder curatele is gesteld dan wel ten behoeve van wie een mentorschap is ingesteld, indien deze tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat kan worden geacht. Zodanige persoon kan hiertoe in rechte optreden.

5. Indien betrokkene minderjarig is, onder curatele is gesteld dan wel indien ten behoeve van hem een mentorschap is ingesteld, kan het verzoek van betrokkene worden gedaan door zijn ouders die het gezag uitoefenen dan wel een van hen, zijn voogd onderscheidenlijk zijn curator of zijn mentor, doch slechts indien de betrokkene daarmee instemt.

Artikel 33

1. Het verzoek van betrokkene, bedoeld in artikel 32, derde lid, wordt schriftelijk gedaan bij de officier van justitie bij de volgens artikel 7, eerste lid, bevoegde rechtbank.
2. In het verzoek moet het psychiatrisch ziekenhuis worden genoemd, waarin opnemings of verder verblijf wordt verzocht.
3. Bij het verzoek moeten worden overgelegd
 - a. een verklaring van een psychiater, verbonden aan het in het verzoek genoemde psychiatrisch ziekenhuis, waaruit blijkt dat de persoon die de plaatsing verzoekt of met wiens instemming de plaatsing wordt verzocht, gestoord is in zijn geestvermogens en dat het geval, bedoeld in artikel 32, tweede lid, onder *a* en *b*, zich voordoet;
 - b. een door de onder *a* bedoelde psychiater tezamen met betrokkene opgesteld behandelingsplan.
4. De verklaring moet ten hoogste zeven dagen voor het verzoek zijn opgemaakt en door de psychiater zijn ondertekend. De verklaring is met redenen omkleed.
5. Het behandelingsplan moet ten hoogste zeven dagen voor het verzoek zijn opgemaakt en door de psychiater en de betrokkene zijn ondertekend.
6. Artikel 6, eerste lid, is van overeenkomstige toepassing.
7. Met betrekking tot de behandeling van het verzoek van de officier van justitie door de rechter zijn de artikelen 8 en 11 tot en met 14, van overeenkomstige toepassing.

Artikel 34

1. Onverminderd het bepaalde in de artikelen 48 en 49 wordt de machtiging op eigen verzoek als bedoeld in artikel 32 gegeven voor een door de rechter te bepalen duur, welke niet langer kan zijn dan een jaar en niet korter dan een half jaar na haar dagtekening.
2. De rechter beslist zo spoedig mogelijk.
3. De artikelen 2 tot en met 19 zijn ten aanzien van degene die op grond van een machtiging als bedoeld in artikel 32 in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft van overeenkomstige toepassing na verloop van de geldigheidsduur van die machtiging.

§ 5. Schadevergoeding

Artikel 35

1. Indien degene ten aanzien van wie door de officier van justitie een verzoek is gedaan tot het verlenen van een der machtigingen als bedoeld in dit hoofdstuk, dan wel tot het geven van een beslissing inzake ontslag als bedoeld in artikel 49, derde of tiende lid, nadeel heeft geleden doordat de rechter of de officier van justitie een der bepalingen, vervat in dit hoofdstuk of in artikel 49, niet in acht heeft genomen, kent de rechter deze op verzoek van betrokkene een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding toe ten laste van de Staat.
2. Het verzoek tot schadevergoeding kan worden gedaan bij een zelfstandig verzoek bij een verweerschrift als bedoeld in artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, of bij een desbetreffend verzoekschrift ter gelegenheid van het verhoor van de betrokkene dan wel bij een afzonderlijk verzoekschrift, binnen drie maanden te rekenen vanaf de dag waarop de betrokkene redelijkerwijs bekend kon zijn met de schending van het voorschrift waarop zijn verzoek betrekking heeft, of, indien in beroep in cassatie over die schending is geklaagd, binnen zes weken na de dagtekening van de beschikking van de Hoge Raad.
3. Indien het verzoek tot schadevergoeding wordt ingediend bij verzoekschrift ter gelegenheid van het verhoor van de betrokkene is artikel 282, vierde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering van overeenkomstige toepassing.

HOOFDSTUK III. RECHTEN VAN ONVRIJWILLIG IN EEN PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS VERBLIJVENDE PATIËNTEN

Artikel 36

1. Het bestuur van een psychiatrisch ziekenhuis draagt zorg dat aan een patiënt op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden, aan de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger alsmede aan de naaste (familie) betrekkingen van de patiënt, zo spoedig mogelijk na zijn opneming schriftelijk wordt medegedeeld welke arts of andere persoon in het ziekenhuis in het bijzonder verantwoordelijk zal zijn voor zijn behandeling.
2. Met betrekking tot een patiënt op wie hoofdstuk II, §§ 2 of 4 toepassing heeft gevonden terwijl hij reeds in het psychiatrisch ziekenhuis verbleef, wordt aan het eerste lid uitvoering gegeven zo spoedig mogelijk na het verlenen van de rechterlijke machtiging.
3. Bij opneming in het ziekenhuis of op een later tijdstip kunnen aan de patiënt op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden, slechts de voorwerpen worden ontnomen die een gevaar kunnen opleveren voor zijn veiligheid of de goede gang van zaken in het ziekenhuis. De patiënt kan daartoe aan zijn kleding of aan het lichaam worden onderzocht.
4. Indien de patiënt voorwerpen als bedoeld in het vorige lid worden ontnomen, wordt hem een bewijs van ontvangst afgegeven, waarin die voorwerpen zijn omschreven. De voorwerpen worden voor de patiënt bewaard, voor zover dit niet in strijd is met enig wettelijk voorschrift.

Artikel 37

1. Het bestuur van het ziekenhuis draagt ervoor zorg dat een patiënt op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden, de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger alsmede de naaste (familie)betrekkingen van de patiënt zo spoedig mogelijk na zijn opneming in het bezit worden gesteld van een schriftelijk overzicht van de in het ziekenhuis geldende huisregels alsmede van de op grond van deze wet aan de patiënt toekomende rechten. In het overzicht, bedoeld in de vorige volzin, is opgenomen het adres waaronder het bestuur van het ziekenhuis bereikbaar is voor klachten als bedoeld in artikel 41, eerste lid. Tevens wordt de patiënt schriftelijk medegedeeld dat zijn behandelingsgegevens worden opgenomen in een voor hem aan te leggen patiëntendossier. Artikel 36, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.
2. Indien ten aanzien van een reeds in een psychiatrisch ziekenhuis verblijvende patiënt hoofdstuk II, par. 3, toepassing heeft gevonden, draagt het bestuur van het ziekenhuis ervoor zorg dat de betrokkene, de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger alsmede zijn naaste (familie)betrekkingen zo spoedig mogelijk na het geven van de last door de burgemeester onderscheidenlijk na zijn opneming in het bezit worden gesteld van een afschrift van de beschikking van de burgemeester.
3. De voor de behandeling verantwoordelijke persoon draagt zorg dat de patiënt een mondelinge toelichting terzake ontvangt.
4. Bij algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gegeven met betrekking tot het in het eerste lid bepaalde. Daartoe behoren in elk geval eisen waaraan de in dat lid bedoelde huisregels en het in dat lid bedoelde patiëntendossier ten minste moeten voldoen.

Artikel 37a

De geneesheer-directeur draagt er zorg voor dat voor een patiënt aantekening wordt gehouden van diens geestelijke en lichamelijke toestand, van de op hem toegepaste behandeling en de effecten ervan. De aantekening wordt gehouden op een zodanige manier en met zodanige regelmaat dat zij duidelijk inzicht geeft in het ziekteverloop.

Artikel 38

1. De geneesheer-directeur draagt zorg dat zo spoedig mogelijk na de opneming van een patiënt op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden, door de voor de behandeling verantwoordelijke persoon, in overleg met de patiënt, een behandelingsplan wordt opgesteld. Artikel 36, tweede lid, is van overeenkomstige toepassing.
2. De voor de behandeling verantwoordelijke persoon pleegt voor het opstellen van het behandelingsplan overleg met de instelling of de psychiater die de patiënt voorafgaande aan zijn opneming behandelde of begeleidde, alsmede met de huisarts van de patiënt. Indien de behandelende persoon beslist dat de patiënt niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van de voorgestelde behandeling, pleegt hij ter zake overleg met de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt of, indien deze ontbreekt, met de persoon die daartoe door de patiënt schriftelijk is gemachtigd. Ontbreekt ook zodanige persoon

of treedt deze niet op, dan wordt overleg gepleegd met de echtgenoot van de patiënt, tenzij deze dat niet wenst, dan wel, indien ook zodanige persoon ontbreekt, met een ouder, kind, broer of zus van de patiënt, tenzij deze persoon dat niet wenst, een en ander voor zover dit overleg verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener.

3. Het behandelingsplan, bedoeld in het eerste lid, is erop gericht de stoornis zo te verbeteren dat het gevaar op grond waarvan de patiënt, zonder van de bereidheid daartoe te hebben blij gegeven, in het ziekenhuis moet verblijven, wordt weggenomen. Bij algemene maatregel van bestuur worden eisen gesteld, waaraan een behandelingsplan ten minste moet voldoen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen voorts ten aanzien van daarbij aangegeven categorieën van behandelingsmiddelen of -maatregelen regels worden gegeven met betrekking tot de wijze waarop tot toepassing daarvan moet worden besloten.

4. Indien het in het overleg, bedoeld in het eerste en tweede lid, niet mogelijk is overeenstemming te bereiken over het behandelingsplan, stelt de behandelende persoon de geneesheer-directeur hiervan in kennis.

5. Indien het overleg over het behandelingsplan niet tot overeenstemming heeft geleid kan met betrekking tot de patiënt geen behandeling worden toegepast. Evenmin kan een behandeling worden toegepast indien weliswaar het overleg over het behandelingsplan tot overeenstemming heeft geleid doch de patiënt of, in geval van toepassing van de tweede volzin van het tweede lid, de met het oog op overleg aangewezen persoon of personen zich daartegen verzetten met dien verstande dat, ook al is de desbetreffende toestemming van die persoon of die personen verkregen, de behandeling niet kan worden toegepast, indien de patiënt zich daartegen verzet. In afwijking van de beide voorgaande volzinnen kan niettemin het voorgestelde,

onderscheidenlijk het overeengekomen behandelingsplan worden toegepast voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt of anderen, voortvloeiende uit de stoornis van de geestvermogens, af te wenden. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen categorieën van behandelingsmiddelen of -maatregelen worden aangewezen, die niet mogen worden toegepast bij een behandeling als bedoeld in de derde volzin.

6. De geneesheer-directeur geeft uiterlijk bij het begin van een behandeling met toepassing van de derde volzin van het vijfde lid, daarvan kennis aan de inspecteur. Hij vermeldt daarbij ten minste welke personen verantwoordelijk zijn voor de beslissing tot een zodanige behandeling over te gaan en de redenen die aan de beslissing ten grondslag lagen. Indien de behandeling wordt toegepast terwijl de patiënt zich daartegen verzet, vermeldt de geneesheer-directeur tevens of de patiënt in staat kan worden geacht, gebruik te maken van de regeling, vervat in artikel 41. Hij geeft voorts zo spoedig mogelijk na het begin van een zodanige behandeling daarvan kennis aan de in het tweede lid, tweede volzin, bedoelde personen.

7. De inspecteur stelt na beëindiging van elke behandeling met toepassing van het vijfde lid, derde volzin, een onderzoek in of de beslissing tot een zodanige behandeling over te gaan, zorgvuldig is genomen en of de uitvoering van de behandeling zorgvuldig is geschied.

Artikel 39

1. Met betrekking tot een patiënt op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden, kunnen, anders dan ter uitvoering van een behandelingsplan met inachtneming van artikel 38, geen middelen of maatregelen worden toegepast dan ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door de patiënt in het ziekenhuis als gevolg van de stoornis van de geestvermogens worden veroorzaakt.

2. De middelen en maatregelen die kunnen worden toegepast in gevallen als bedoeld in het eerste lid, worden bij algemene maatregel van bestuur aangewezen. Daarbij worden termijnen aangegeven, gedurende welke ten hoogste de onderscheidene middelen en maatregelen met betrekking tot een bepaalde patiënt mogen worden toegepast.

3. De geneesheer-directeur geeft zo spoedig mogelijk na het begin van de toepassing van een middel of maatregel als bedoeld in de vorige leden daarvan kennis aan de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger of, ingeval deze ontbreken, de naaste (familie)betrekkingen, en in ieder geval aan de inspecteur.

Artikel 40

1. De poststukken, gericht aan of afkomstig van een patiënt op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden, kunnen in aanwezigheid van de patiënt worden onderworpen aan een controle op meegezonden voorwerpen.

2. Tenzij de bezoeker een advocaat of procureur is die als raadsman van de patiënt optreedt, dan wel een justitiële autoriteit, de hoofdinspecteur of de inspecteur, kunnen beperkingen in het recht op het ontvangen van bezoek overeenkomstig de daarvoor geldende huisregels worden opgelegd, doch slechts:

- a. indien van het bezoek ernstige nadelige gevolgen moeten worden gevreesd voor de gezondheidstoestand van de patiënt, voor zover dit telkenmale uit een uitdrukkelijke

- verklaring van de voor zijn behandeling verantwoordelijke persoon blijkt, dan wel
- b. indien dit ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis, zoals die in de huisregels is beschreven, of ter voorkoming van strafbare feiten noodzakelijk is.
- 3.** Beperkingen in het recht op bewegingsvrijheid in en rond het ziekenhuis overeenkomstig de daarvoor geldende huisregels kunnen, anders dan als middel of maatregel, aangegeven bij algemene maatregel van bestuur krachtens artikel 39, tweede lid, worden opgelegd:
- a. indien naar het oordeel van de voor de behandeling verantwoordelijke persoon van de uitoefening van het recht op de bewegingsvrijheid ernstige nadelige gevolgen moeten worden gevreesd voor de gezondheidstoestand van de patiënt, dan wel
- b. indien dit ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis, zoals die in de huisregels is beschreven, of ter voorkoming van strafbare feiten noodzakelijk is.
- 4.** Beperkingen in het recht op vrij telefoonverkeer overeenkomstig de daarvoor geldende huisregels kunnen, tenzij het betreft verkeer met een advocaat of procureur die als raadsman van de patiënt optreedt, dan wel een justitiële autoriteit, de hoofdinspecteur of de inspecteur, worden opgelegd:
- a. indien naar het oordeel van de voor de behandeling verantwoordelijke persoon van de uitoefening van het recht op vrij telefoonverkeer ernstige nadelige gevolgen moeten worden gevreesd voor de gezondheidstoestand van de patiënt, dan wel
- b. indien dit ter voorkoming van verstoring van de orde in het ziekenhuis, zoals die in de huisregels is beschreven, of ter voorkoming van strafbare feiten noodzakelijk is.
- 5.** Van de oplegging van beperkingen overeenkomstig het tweede, derde of vierde lid wordt onverwijld mededeling gedaan aan de geneesheer-directeur.
- 6.** Ten aanzien van beslissingen als bedoeld in het tweede tot en met het vierde lid kan toepassing van artikel 4:8 van de Algemene wet bestuursrecht achterwege worden gelaten indien de patiënt op grond van de stoornis van zijn geestvermogens niet in staat is zijn wil te bepalen met betrekking tot de voorgenomen beslissing. In dat geval wordt zo mogelijk de in artikel 38, tweede lid, tweede volzin, bedoelde persoon gehoord.

Artikel 41

- 1.** De patiënt, elke andere in het ziekenhuis verblijvende patiënt en ieder der in artikel 4, eerste lid, bedoelde personen kan tegen een beslissing als bedoeld in artikel 38, tweede lid, tweede volzin, en vijfde lid, derde volzin en de artikelen 39 en 40, alsmede tegen niet-toepassing van het overeengekomen behandelingsplan een schriftelijke klacht indienen bij het bestuur van het psychiatrisch ziekenhuis.
- 2.** Het bestuur van een ziekenhuis belast een commissie met de behandeling van en de beslissing op klachten als bedoeld in het eerste lid. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gegeven met betrekking tot de samenstelling van de commissies en met betrekking tot de wijze waarop klachten worden behandeld.
- 3.** Het adres waar een klacht moet worden ingediend, wordt door de zorg van de geneesheer-directeur door bevestiging van een schriftelijke mededeling dienaangaande op de daarvoor in aanmerking komende plaatsen in het ziekenhuis bekendgemaakt.
- 4.** De commissie kan de beslissing waartegen de klacht is gericht, schorsen.
- 5.** Een klacht kan buiten behandeling worden gelaten, indien een gelijke klacht nog in behandeling is.
- 6.** De commissie geeft binnen twee weken na ontvangst van de klacht of, indien het betreft een klacht tegen een beslissing die ten tijde van de indiening geen gevolg meer heeft of waaraan in de tijd dat de klacht bij de commissie aanhangig is het gevolg is komen te vervallen, binnen vier weken na ontvangst van de klacht, van zijn met redenen omklede beslissing op de klacht of van het niet in behandeling nemen daarvan op grond van het bepaalde in het vijfde lid, kennis aan de klager, de betrokken patiënt, de behandelende persoon, de geneesheer-directeur en de inspecteur.
- 7.** Indien de commissie niet tijdig een beslissing heeft genomen of indien de beslissing van de commissie niet inhoudt dat de klacht gegrond is, kan de klager de inspecteur schriftelijk vragen een verzoekschrift in te dienen ter verkrijging van de beslissing van de rechter over de klacht. De klager voegt bij dit verzoek afschrift van de klacht en van de beslissing van de commissie of van de mededeling dat de klacht niet in behandeling is genomen.
- 8.** De inspecteur behoeft geen gevolg te geven aan het verzoek, indien hij de klager kennelijk niet ontvankelijk acht. In andere gevallen is hij verplicht binnen twee weken een verzoekschrift in te dienen, waarin de beslissing van de rechter over de klacht wordt gevraagd.
- 9.** Indien het verzoek afkomstig is van een ander dan de betrokken patiënt, hoort de inspecteur de patiënt om vast te stellen of deze bezwaar heeft tegen het uitlokken van een rechterlijke uitspraak over de klacht. De inspecteur kan slechts om gewichtige redenen besluiten aan het verzoek gevolg te geven, indien de patiënt hiertegen bezwaar gevoelt.
- 10.** Indien de inspecteur gevolg geeft aan het verzoek, doet hij in zijn verzoekschrift ten

behoefte van de rechter met redenen omkleed van zijn zienswijze blijken.

11. Indien de patiënt de klager is, kan hij, onverminderd zijn bevoegdheid toepassing te geven aan het zevende lid, in de gevallen, bedoeld in de eerste volzin van het zevende lid, zelf een verzoekschrift bij de rechter indienen ter verkrijging van diens beslissing over de klacht. De tweede volzin van het zevende lid is van overeenkomstige toepassing.

12. Artikel 8 met uitzondering van het derde lid is met betrekking tot de behandeling van een verzoekschrift als bedoeld in het achtste of elfde lid, van overeenkomstige toepassing. Indien niet blijkt dat de klager reeds een raadsman heeft, kan uitsluitend de rechter aan het bureau rechtsbijstandvoorziening last geven tot toevoeging van een raadsman.

13. Indien de rechter de klacht kennelijk ongegrond acht, kan hij zonder behandeling ter terechtzitting onmiddellijk op het verzoekschrift beschikken.

14. De rechter beslist binnen vier weken na het indienen van het verzoekschrift. Tegen de beslissing van de rechter staat geen gewoon rechtsmiddel open.

15. De griffier zendt zo spoedig mogelijk een afschrift van de beschikking aan de klager, de patiënt, zo deze niet is de klager, de raadsman van de patiënt, de behandelende persoon, de geneesheer-directeur, het bestuur en aan de inspecteur.

16. Ten aanzien van een klacht als bedoeld in het eerste lid zijn de hoofdstukken 6 en 7 van de Algemene wet bestuursrecht niet van toepassing.

Artikel 41a

[Door vernummering vervallen.]

Artikel 42

De inspecteur, bevindend dat een patiënt die zich tegen de toepassing van een behandeling verzet, niet in staat kan worden geacht gebruik te maken van de regeling, vervat in artikel 41, kan een verzoekschrift indienen ter verkrijging van de beslissing van de rechter over de noodzaak de behandeling waartegen de patiënt zich verzet, toe te passen. Hij doet in zijn verzoekschrift gemotiveerd van zijn zienswijze blijken. Artikel 41, twaalfde lid, eerste volzin, veertiende en vijftiende lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 43

1. De patiënt op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden, kan, onverminderd zijn recht om zelf een overplaatsing te bewerkstelligen, aan de geneesheer-directeur mondeling of schriftelijk overplaatsing verzoeken naar een al dan niet door hem met name genoemd ander ziekenhuis.

2. Indien de geneesheer-directeur van oordeel is dat het in het belang van de patiënt is aan het verzoek gevolg te geven, neemt hij terzake de nodige stappen.

3. Indien de geneesheer-directeur meent aan het verzoek niet te kunnen voldoen, stelt hij schriftelijk de patiënt daarvan in kennis, onder mededeling van de redenen waarom hij meent aan het verzoek geen gevolg te kunnen geven. Hij zendt een afschrift van zijn beslissing aan de inspecteur.

4. De inspecteur hoort zo nodig de patiënt. Indien de inspecteur overplaatsing gewenst voorkomt, treft hij de nodige maatregelen om opneming in een ander ziekenhuis te bewerkstelligen. De geneesheer-directeur draagt op aanwijzing van de inspecteur zorg voor overbrenging van de patiënt naar het andere ziekenhuis.

Artikel 44

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen aanvullende regels worden gegeven ter waarborging van de rechten van de personen op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden.

2. Een algemene maatregel van bestuur op grond van het eerste lid of op grond van artikel 37, vierde lid, 38, derde lid, tweede volzin, 39, tweede lid, of 41, tweede lid, wordt vastgesteld op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie.

HOOFDSTUK IV. VERLOF EN ONTSLAG

Artikel 45

1. Indien de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van een met toepassing van hoofdstuk II in een psychiatrisch ziekenhuis niet zijnde een

zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting, opgenomen patiënt zover is verminderd dat het verantwoord is hem tijdelijk in de maatschappij te doen terugkeren, geeft de geneesheer-directeur hem, voor zover dit in het belang van de patiënt gewenst is, verlof het psychiatrisch ziekenhuis niet zijnde een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting, voor een daarbij aan te geven periode te verlaten. Zo mogelijk en nodig wordt tevoren overleg gepleegd met de in artikel 4, eerste lid, bedoelde personen, met degene door wie de patiënt voorafgaande aan zijn opname in een ziekenhuis werd verzorgd, alsmede met de instelling of psychiater, die betrokkene voorafgaande aan zijn opname behandelde of begeleidde, en de huisarts van betrokkene.

2. Verlof voor een aaneengesloten periode van meer dan 60 uren kan per kalenderjaar ten hoogste twee maal worden gegeven en wel telkens voor ten hoogste twee weken. Indien overwogen wordt het verlof langer dan 60 uren te doen duren, wordt overleg gepleegd met de inspecteur in wiens ambtsgebied het psychiatrisch ziekenhuis is gelegen.

3. Aan de toekenning van het verlof kunnen voorwaarden worden verbonden, het gedrag van de patiënt betreffende. De voorwaarden mogen de godsdienstige en staatkundige vrijheid van betrokkene niet beperken.

4. Tot de voorwaarden, bedoeld in het derde lid, kan de opdracht behoren dat de betrokkene zich stelt onder toezicht van een daarbij aangewezen instelling of natuurlijke persoon, die hem bij de naleving van de andere voorwaarden hulp en steun verleent.

5. Onze Minister stelt een lijst samen van instellingen die aangewezen kunnen worden voor het uitoefenen van toezicht, als in het vierde lid bedoeld.

6. De geneesheer-directeur verschaft aan de patiënt bij het verlenen van verlof een schriftelijke verklaring, inhoudende dat aan hem verlof is verleend.

Artikel 46

1. De geneesheer-directeur trekt het in artikel 45 bedoelde verlof in, wanneer de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van betrokkene dit noodzakelijk maakt en wanneer het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Het verlof kan door de geneesheer-directeur worden ingetrokken wanneer de patiënt de gestelde voorwaarden niet nakomt of op verzoek van de patiënt. De geneesheer-directeur pleegt overleg met de ingevolge artikel 45, vierde lid, aangewezen toezichthoudende instelling of persoon. De geneesheer-directeur stelt de patiënt uiterlijk vier dagen na de intrekking van het verlof schriftelijk in kennis van zijn beslissing, onder mededeling van de redenen die tot de intrekking hebben geleid.

2. Met betrekking tot het besluit van de geneesheer-directeur tot intrekking van het verlof staat voor betrokkene en voor ieder der in artikel 4, eerste lid, bedoelde personen de mogelijkheid open de officier van justitie te verzoeken de beslissing van de rechter te verzoeken overeenkomstig het bepaalde in artikel 49, derde tot en met zevende lid en negende lid, met uitzondering van het voorschrift dat het verzoek wordt behandeld door de meervoudige kamer.

Artikel 46a

De geneesheer-directeur geeft een met toepassing van hoofdstuk II in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting opgenomen patiënt verlof voor zover en voor zolang het verantwoord is hem buiten de inrichting te laten verblijven.

Artikel 47

1. Indien de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van een met toepassing van hoofdstuk II in een psychiatrisch ziekenhuis verblijvende patiënt zover is verminderd dat het verlenen van ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis onder daaraan te verbinden voorwaarden verantwoord is, verleent de geneesheer-directeur hem, voor zover dit in het belang van de patiënt gewenst is, voorwaardelijk ontslag.

2. Artikel 45, eerste lid, laatste volzin, derde lid, laatste volzin, en vierde, vijfde en zesde lid, is van overeenkomstige toepassing. De geneesheer-directeur stelt tevoren de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger alsmede de naaste (familie) betrekkingen van de patiënt op de hoogte van het voorgenomen voorwaardelijk ontslag.

3. Met betrekking tot intrekking van het voorwaardelijk ontslag is artikel 46 van overeenkomstige toepassing.

Artikel 48

1. Tenzij voortzetting van het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis als vrijwillig patiënt gewenst is en betrokkene blijk geeft van de nodige bereidheid daartoe, verleent de geneesheer-directeur een patiënt op wie hoofdstuk II toepassing heeft gevonden, ontslag uit het ziekenhuis zodra zich

één van de volgende omstandigheden voordoet:

- a. de betrokkene niet of niet langer in zijn geestvermogens gestoord of gevaarlijk is dan wel het gevaar door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend;
 - b. de geldigheidsduur van een der in hoofdstuk II, paragrafen 1 tot en met 4, bedoelde rechterlijke machtigingen is verstreken, tenzij voor het einde van de termijn een verzoek is gedaan tot het verlenen van een aansluitende rechterlijke machtiging; in dat geval verleent de geneesheer-directeur ontslag
 - 1°. zodra op het verzoek afwijzend is beschikt, dan wel
 - 2°. zodra de termijn voor het geven van de beschikking is verstreken;
 - c. door de officier geen verzoek wordt gedaan of door de rechter afwijzend wordt beschikt ter zake van een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling ten aanzien van een met toepassing van artikel 20 in het ziekenhuis verblijvend persoon dan wel - indien binnen de daarvoor gestelde termijn geen beschikking is gegeven - zodra de termijn voor het geven van de beschikking is verstreken; of
 - d. door de rechter ontslag na toepassing van artikel 49 wordt bevolen.
2. In afwijking van het bepaalde in het eerste lid, onder *b*, ten tweede, en onder *c*, verleent de geneesheer-directeur hangende het onderzoek van de rechter geen ontslag, indien de rechter de beschikking niet binnen de gestelde termijn heeft gegeven ten gevolge van het horen van een deskundige op verzoek van de betrokken patiënt.
3. Artikel 45, eerste lid, laatste volzin, tweede lid, laatste volzin en zesde lid, is van overeenkomstige toepassing. De geneesheer-directeur stelt tevoren de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger alsmede de naaste (familie)betrekkingen van de patiënt op de hoogte van het voorgenomen ontslag.

Artikel 49

1. Een met toepassing van hoofdstuk II, §§ 1 tot en met 4, in een psychiatrisch ziekenhuis verblijvende patiënt, ieder der in artikel 4, eerste lid, bedoelde personen alsmede de inspecteur en de officier van justitie, in wier ambtsgebied het psychiatrisch ziekenhuis is gelegen, kan aan de geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis verzoeken.
2. De geneesheer-directeur beslist op het verzoek met inachtneming van artikel 48. De beslissing wordt aan de inspecteur medegedeeld. Voor de toepassing van het derde en het tiende lid wordt met een afwijzende beslissing van de geneesheer-directeur gelijk gesteld het niet beslissen binnen twee weken na ontvangst van het verzoek.
3. In geval van een afwijzende beslissing kan degene die de beslissing heeft verkregen, zo deze niet is de officier van justitie, de officier van justitie verzoeken de beslissing van de rechter te verzoeken. Het verzoek aan de officier van justitie wordt schriftelijk gedaan; bij het verzoek wordt gevoegd afschrift van het oorspronkelijk verzoek alsmede van de beslissing van de geneesheer-directeur.
4. De inspecteur geeft desgevraagd of eigener beweging aan de officier van justitie schriftelijk zijn oordeel over het ontslagverzoek.
5. Onverminderd het bepaalde in het zesde lid verzoekt de officier van justitie na ontvangst van het in het derde lid bedoelde verzoek met de bijbehorende stukken zo spoedig mogelijk de beslissing van de rechter. Aan de verzoeker wordt schriftelijk medegedeeld of het in de eerste volzin bedoelde verzoek door de officier van justitie is ingesteld.
6. De officier van justitie behoeft geen gevolg te geven aan het in het derde lid bedoelde verzoek indien hij de verzoeker kennelijk niet ontvankelijk acht dan wel indien tijdens de vier maanden, voorafgaande aan het verzoek, reeds een verzoek door hem is ingediend bij de rechter en uit het nieuwe verzoek aan de officier van justitie niet blijkt van nieuwe feiten.
7. Indien het verzoek aan de officier van justitie, bedoeld in het derde lid, afkomstig is van een ander dan de betrokken patiënt, hoort de officier van justitie de patiënt. Indien de patiënt bezwaar heeft tegen het uitlokken van een rechterlijke uitspraak over zijn ontslag uit het ziekenhuis, behoeft de officier van justitie evenmin gevolg te geven aan het verzoek.
8. Een door de officier van justitie ingesteld verzoek om de beslissing van de rechter als bedoeld in het derde lid vervalt wanneer met betrekking tot dezelfde patiënt door de officier van justitie een verzoek tot het verlenen van een machtiging tot voortgezet verblijf wordt gedaan.
9. Artikel 8 is van overeenkomstige toepassing met dien verstande dat het verzoek, indien dit afkomstig is van de patiënt, wordt behandeld door de meervoudige kamer van arrondissementsrechtbank. Artikel 9, eerste lid, tweede volzin, en vijfde lid, is van overeenkomstige toepassing. De griffier zendt zo spoedig mogelijk een afschrift van de beschikking aan de verzoeker, de patiënt, zo deze niet is de verzoeker, de geneesheer-directeur en aan de inspecteur.
10. In geval van een afwijzende beslissing op een door de officier van justitie gedaan verzoek

als bedoeld in het eerste lid, kan de officier van justitie bij de rechter een verzoek doen tot het bevelen van ontslag. Het negende lid is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 50

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur, vast te stellen op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie, kunnen nadere regels worden gegeven met betrekking tot het in dit hoofdstuk bepaalde.

HOOFDSTUK V. PATIËNTEN VOOR WIE DE MINISTER VAN JUSTITIE MEDEVERANTWOORDELIJKHEID DRAAGT

Artikel 51

1. De artikelen 10, tweede lid, 15 en met 18, 36 tot en met 50 en 56 tot en met 58 zijn, onverminderd het bepaalde in het tweede lid, van overeenkomstige toepassing met betrekking tot personen die op grond van een uitspraak van de strafrechter als bedoeld in artikel 37, eerste lid, van het Wetboek van Strafrecht in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven.

2. Met betrekking tot degenen die op grond van deze wet in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven, zijn, indien zij tevens ter beschikking zijn gesteld met bevel tot verpleging van overheidswege, de artikelen 47, 48 en 49 niet van toepassing en wordt artikel 45 met dien verstande toegepast dat verlof door de geneesheer-directeur slechts wordt verleend in overeenstemming met Onze Minister van Justitie. Met het oog op de tenuitvoerlegging van het bevel tot verpleging van overheidswege kan de geneesheer-directeur het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis, bedoeld in dit lid en het eerste lid, na overleg met Onze Minister van Justitie, beëindigen. Het voorgaande is van overeenkomstige toepassing op degenen die op grond van deze wet en tevens met toepassing van artikel 15, vijfde lid, van de Penitentiaire beginselenwet in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven.

3. De artikelen 36 tot en met 41, 44, 56, 57 en 58 zijn van overeenkomstige toepassing met betrekking tot personen die ter beschikking zijn gesteld met bevel tot verpleging van overheidswege en met betrekking tot personen aan wie de maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen is opgelegd, indien die verpleging dan wel de tenuitvoerlegging van die maatregel plaatsvindt in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden als bedoeld in artikel 90, quinquies, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht.

Artikel 52

Voor de uitvoering van het bij of krachtens deze wet bepaalde, voor zover van toepassing op personen ten aanzien van wie krachtens enige wettelijke bepaling Onze Minister van Justitie medeverantwoordelijkheid draagt, handelt Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie.

HOOFDSTUK VI. ADMINISTRATIEVE VOORSCHRIFTEN

§ 1. Bescheiden voor opnemings- en verblijfs

Artikel 53

1. Door een psychiatrisch ziekenhuis worden personen door wie of ten aanzien van wie in de zin van hoofdstuk II geen blijk wordt gegeven van de nodige bereidheid tot opnemings- of verblijfs, slechts opgenomen tegen overlegging van één der in het tweede lid bedoelde bescheiden, dat op die personen betrekking heeft.

2. De in het eerste lid bedoelde bescheiden zijn:

- a. een afschrift van een rechterlijke beschikking, houdende een machtiging als bedoeld in hoofdstuk II, §§ 1 of 4;
- b. een afschrift van een beschikking van de burgemeester of de rechter als bedoeld in hoofdstuk II, § 3;
- c. een uittreksel uit een uitspraak van de strafrechter als bedoeld in artikel 37, eerste lid, van het Wetboek van Strafrecht, voor zover die uitspraak betrekking heeft op de opnemings-

- d. een uittreksel uit een rechterlijke uitspraak, waarbij met toepassing van artikel 37b of artikel 38c van het Wetboek van Strafrecht bevel wordt gegeven tot verpleging van overheidswege van een ter beschikking gestelde, voor zover die beslissing betrekking heeft op de terbeschikkingstelling en dit bevel;
 - e. een afschrift van een last tot plaatsing in een inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden als bedoeld in artikel 13 van het Wetboek van Strafrecht;
 - f. een afschrift van een tot opnemings strekkende beschikking op grond van het bij en krachtens de Penitentiaire beginselenwet bepaalde;
 - g. een uittreksel uit een rechterlijke uitspraak, waarbij met toepassing van artikel 77h van het Wetboek van Strafrecht plaatsing in een inrichting voor jeugdigen wordt bevolen, voor zover die uitspraak betrekking heeft op deze maatregel;
 - h. een afschrift van een tot opnemings voor onderzoek of observatie strekkende beschikking op grond van enige daartoe de mogelijkheid openende wettelijke bepaling.
- 3.** In afwijking van het bepaalde in het eerste lid ten aanzien van een persoon door wie niet blijkt wordt gegeven van de nodige bereidheid, is bij opnemings en verblijf van een persoon in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting overlegging van de bescheiden, bedoeld in het tweede lid, vereist, indien door die persoon blijkt wordt gegeven van verzet tegen opnemings en verblijf.

Artikel 54

- 1.** Indien door of ten aanzien van een in een ziekenhuis, al dan niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis, op grond van één der in artikel 53, tweede lid, bedoelde beslissingen opgenomen persoon na verloop van de geldigheidsduur daarvan in de zin van hoofdstuk II geen blijkt wordt gegeven van de bereidheid tot voortzetting van het verblijf, dan wel indien door of ten aanzien van een niet op grond van één der bedoelde beslissingen opgenomen persoon in de zin van hoofdstuk II blijkt wordt gegeven van de wil tot beëindiging van het verblijf, wordt het verblijf door het ziekenhuis slechts voortgezet tegen overlegging van één der in het tweede lid bedoelde bescheiden, dat op die persoon betrekking heeft. In afwijking van het bepaalde in de voorgaande volzin betreffende het blijkt geven van de bereidheid door de opgenomen persoon, dient in het geval dat een machtiging is verleend op grond van artikel 3, na verloop van de geldigheidsduur van die machtiging aan de in de eerste volzin gestelde voorwaarde te worden voldaan, indien door de opgenomen persoon blijkt wordt gegeven aan verzet tegen voortzetting van het verblijf.
- 2.** De in het eerste lid bedoelde bescheiden zijn:
- a. een afschrift van een rechterlijke beschikking, houdende een machtiging als bedoeld in hoofdstuk II, paragrafen 1, 2, 3 of 4;
 - b. een mededeling van de officier van justitie ingevolge artikel 16, derde lid, juncto artikel 6, derde lid, dat door hem een verzoek is gedaan tot het verkrijgen van een machtiging tot voortgezet verblijf;
 - c. een afschrift van een beschikking van de strafrechter tot verlenging van de terbeschikkingstelling op grond van artikel 38d van het Wetboek van Strafrecht;
 - d. een afschrift van een tot verlenging van het verblijf strekkende beslissing op grond van enige daartoe de mogelijkheid openende wettelijke bepaling.

Artikel 55

- 1.** Bij overplaatsing naar een ander ziekenhuis, al dan niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis, geschiedt de opnemings daarin onder overlegging van een afschrift van een beslissing als bedoeld in de artikelen 53 en 54, op dat tijdstip van kracht voor de betrokken patiënt.
- 2.** De geneesheer-directeur van het ziekenhuis, al dan niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis, waarin de patiënt na overplaatsing is opgenomen, geeft van de overplaatsing zo spoedig mogelijk kennis aan de griffier van de rechtbank of het gerechtshof dan wel aan de burgemeester die de in het eerste lid bedoelde beslissing heeft genomen.
- 3.** De griffier geeft van de overplaatsing van de patiënt - onder vermelding van het ziekenhuis waar betrokkene is opgenomen - kennis aan de personen en instellingen, die op grond van de artikelen 9, tweede lid, onder e, en 12, eerste en tweede lid, door hem zijn in kennis gesteld van de in het eerste lid bedoelde beslissing, alsmede aan de inspecteur en aan de officier van justitie, in wier ambtsgebied het ziekenhuis is gelegen, indien de overplaatsing geschiedde naar een ziekenhuis in een ander ambtsgebied.
- 4.** De burgemeester die de in het eerste lid bedoelde beslissing heeft genomen, geeft van de overplaatsing van de patiënt - onder vermelding van het ziekenhuis waar betrokkene is opgenomen - kennis aan de personen die door hem op grond van de artikelen 25 en 26 zijn in kennis gesteld van de in het eerste lid bedoelde beslissing of van een andere overplaatsing, alsmede aan de inspecteur en de officier van justitie, in wier ambtsgebied het ziekenhuis is gelegen, indien de overplaatsing geschiedde naar een ziekenhuis in een ander ambtsgebied.

5. Het tweede, derde en vierde lid zijn niet van toepassing met betrekking tot patiënten die zijn opgenomen onder overlegging van een afschrift van een beslissing als bedoeld in artikel 53, tweede lid, onder *d*, *e*, *f* en *g*, of artikel 54, tweede lid, onder *c*.

§ 2. Vastlegging van gegevens

Artikel 56

1. De geneesheer-directeur draagt zorg dat in het patiëntendossier van een persoon die met toepassing van hoofdstuk II in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, aantekening wordt gehouden van:
 - a. het op grond van artikel 38 opgestelde behandelingsplan;
 - b. de voortgang per maand in de uitvoering van dit plan;
 - c. de medewerking van betrokkene aan de uitvoering van dit plan;
 - d. indien over een behandelingsplan geen overeenstemming is bereikt, de reden daarvoor alsmede het daartoe door de voor de behandeling verantwoordelijke persoon gedane voorstel of de daartoe gedane voorstellen;
 - e. indien artikel 38, vijfde lid, derde volzin, toepassing heeft gevonden, de behandeling die is toegepast, en de redenen die hiertoe hebben geleid;
 - f. de toepassing van artikel 39 ten aanzien van betrokkene en de redenen die hiertoe hebben geleid.
2. De geneesheer-directeur draagt voorts zorg dat in het patiëntendossier aantekening wordt gehouden van:
 - a. andere beslissingen als bedoeld in de hoofdstukken III en IV en de gronden waarop deze beslissingen zijn genomen;
 - b. de ontvangen afschriften van rechterlijke beslissingen en uittreksels daaruit alsmede de afschriften van beschikkingen van de burgemeester als bedoeld in hoofdstuk II, § 3;
 - c. ontvangen of afgegeven geneeskundige verklaringen als bedoeld in de artikelen 5, eerste lid, 16, eerste lid, 20, zevende lid, en 33, derde lid.
3. De in het tweede lid, onder *b*, bedoelde afschriften en uittreksels, alsmede afschriften van de in het tweede lid, onder *c*, bedoelde verklaringen worden bij het desbetreffende patiëntendossier bewaard gedurende ten minste vijf jaren na de dagtekening van de beschikking, doch ten hoogste tot na verloop van vijf jaren na het einde van het verblijf van de betrokkene in het ziekenhuis, en vervolgens vernietigd. Bij het desbetreffende patiëntendossier wordt voorts een afschrift bewaard van het bewijs van ontvangst dat aan de patiënt overeenkomstig artikel 20, zesde lid, 36, vierde lid en 66, vierde lid, is afgegeven.
4. Bij algemene maatregel van bestuur worden in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer regels gegeven met betrekking tot de termijn gedurende welke de in het dossier opgenomen gegevens worden bewaard en met betrekking tot de overdracht van het dossier aan derden.
5. Het bijhouden van het patiëntendossier geschiedt met het oog op de kwaliteit van de individuele hulpverlening en op de rechtspositie van de patiënt en zijn vertegenwoordigers.

Artikel 57

De geneesheer-directeur draagt, met het oog op het in het kader van deze wet uit te oefenen toezicht, zorg dat van elke toepassing van een middel of maatregel, aangewezen krachtens artikel 39, tweede lid, en van de redenen die daartoe hebben geleid, aantekening wordt gehouden in een register, ingericht naar een door Onze Minister vast te stellen model.

§ 3. Verstrekken van gegevens aan de inspecteur en officier van justitie

Artikel 58

1. De geneesheer-directeur doet eens per maand, met het oog op zijn bevoegdheden in het kader van deze wet aan de inspecteur en aan de officier van justitie, in wier ambtsgebied het ziekenhuis is gelegen, opgave van de namen der patiënten,
 - die zijn opgenomen, onder mededeling van de daarbij overgelegde bescheiden, als bedoeld in artikel 53;
 - aan wie verlof voor langer dan 60 uren of voorwaardelijk ontslag is verleend op grond van de artikelen 45 of 47, eerste lid, onder mededeling van de daaraan verbonden voorschriften onderscheidenlijk voorwaarden;
 - wier verlof of voorwaardelijk ontslag is ingetrokken op grond van artikel 46 of 47, derde lid;
 - aan wie ontslag is verleend op grond van artikel 48;
 - die zijn gestorven, onder mededeling van de doodsoorzaak.

2. De geneesheer-directeur zendt voorts eens per maand aan de inspecteur, in wiens ambtsgebied het ziekenhuis is gelegen, een afschrift van de in het register, bedoeld in artikel 57, in de voorafgaande maand ingeschreven middelen en maatregelen.
3. De geneesheer-directeur zendt tevens eens per maand met betrekking tot met toepassing van § 3 van hoofdstuk II opgenomen patiënten wier inbewaringstelling in de desbetreffende maand is beëindigd, aan de inspecteur een kort verslag, houdende de bevindingen van de behandelende persoon gedurende de periode van de inbewaringstelling.
4. Indien een met toepassing van hoofdstuk II opgenomen patiënt of een patiënt als bedoeld in artikel 51 afwezig is zonder dat hem verlof of voorwaardelijk ontslag is verleend, wordt daarvan onverwijld mededeling gedaan aan de inspecteur en de officier van justitie. De officier van justitie verleent zo nodig medewerking in het belang van een zo spoedig mogelijk terugbrengen van de patiënt naar het psychiatrisch ziekenhuis. Van de terugkeer van een patiënt na ongeoorloofde afwezigheid wordt eveneens onverwijld mededeling gedaan aan de inspecteur en de officier van justitie.
5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur, vast te stellen op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie, kunnen nadere voorschriften worden gegeven ten aanzien van het in het eerste en vierde lid bepaalde.

Artikel 58a

[Door vernummering vervallen.]

Artikel 58b

[Door vernummering vervallen.]

Artikel 58c

[Door vernummering vervallen.]

HOOFDSTUK VII. DE TAAK VAN DE PATIËNTENVERTROUWENSPERSOON

Artikel 59

1. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gegeven met betrekking tot de taak en de bevoegdheden van de patiëntenvertrouwenspersoon.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat het bestuur van een psychiatrisch ziekenhuis, behorende tot een bij de maatregel aan te wijzen categorie, ervoor zorg draagt dat een patiënt kan worden bijgestaan door een patiëntenvertrouwenspersoon.
3. Een algemene maatregel van bestuur op grond van het eerste of tweede lid wordt vastgesteld op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie.

HOOFDSTUK VIII. OPNEMING IN ZWAKZINNIGENINRICHTINGEN EN VERPLEEGINRICHTINGEN ZONDER RECHTERLIJKE TUSSENKOMST

Artikel 60

1. Opneming en verblijf in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting van een persoon die twaalf jaar of ouder is en geen blijk geeft van de nodige bereidheid ter zake, vindt in de gevallen dat niet ingevolge artikel 2, derde lid, onder *b* of *c*, dan wel ingevolge artikel 3 een machtiging is vereist, uitsluitend plaats, indien een commissie als bedoeld in het derde lid, die opneming noodzakelijk oordeelt.
2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld betreffende de behandeling van een aanvraag voor opneming en verblijf in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting in de gevallen dat ingevolge het eerste lid een commissie oordeelt over de noodzaak van die opneming en dat verblijf.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden niet aan een zwakzinnigeninrichting of

verpleeginrichting gebonden commissies ingesteld of aangewezen die met betrekking tot een aanvraag als bedoeld in het tweede lid, oordelen over de noodzaak van opnemings- en verblijf in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting.

4. De in het derde lid bedoelde noodzaak is aanwezig, indien de betrokkene zich ten gevolge van de stoornis van de geestvermogens niet buiten de inrichting kan handhaven.

5. Voorafgaand aan de behandeling van de aanvraag, bedoeld in het tweede lid, wordt de betrokkene mondeling en schriftelijk medegedeeld dat hij zich kan verzetten tegen opnemings- en verblijf in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting.

Artikel 61

1. De artikelen 36 tot en met 39, 40, derde en vijfde lid, 41 tot en met 44, 46a [Tekstcorrectie: "46a" moet zijn "46a,"] 56 en 57 zijn van overeenkomstige toepassing met betrekking tot een persoon die met toepassing van artikel 60 in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting is opgenomen.

2. Indien een persoon op wie artikel 60 toepassing heeft gevonden, ervan blijk geeft het verblijf in de inrichting te willen beëindigen, is artikel 2, vierde lid, van toepassing.

Artikel 62

Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gegeven die betrekking hebben op administratieve voorschriften betreffende opnemings- en verblijf in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting met toepassing van artikel 60, vastlegging van gegevens van personen op wie artikel 60 is toegepast, in het patiëntendossier en verstrekking van gegevens van die personen aan de inspecteur.

HOOFDSTUK IX. DE TAAK VAN HET STAATSTOEZICHT OP DE GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID

Artikel 63

1. Onverminderd het bepaalde in artikel 64 alsmede de hun bij of krachtens andere wettelijke bepalingen opgedragen taken hebben de hoofdinspecteur en de inspecteurs tot taak te waken voor de op het terrein van de volksgezondheid betrekking hebbende belangen van alle personen wier geestvermogens zijn gestoord. Zij zien deswege toe op een verantwoorde behandeling, verpleging, verzorging en bejegening van deze personen.

2. De hoofdinspecteur en inspecteurs beschikken over de bevoegdheden, genoemd in de artikelen 5:15 tot en met 5:17 van de Algemene wet bestuursrecht voor zover dit redelijkerwijs voor de vervulling van hun in het eerste lid bedoelde taak noodzakelijk is. Zij zijn daarbij tevens bevoegd, met medeneming van de benodigde apparatuur, een woning binnen te treden zonder toestemming van de bewoner.

3. Het bestuur van een ziekenhuis, al dan niet een psychiatrisch ziekenhuis zijnde, de daaraan verbonden geneeskundigen alsmede alle anderen die een persoon die gestoord is in zijn geestvermogens, behandelen, verplegen of verzorgen, geven aan de genoemde ambtenaren alle door hen verlangde inlichtingen, voor zover dit redelijkerwijs voor de vervulling van hun in het eerste lid bedoelde taak nodig is.

4. Het bestuur van een ziekenhuis, al dan niet een psychiatrisch ziekenhuis zijnde, alsmede het bestuur van elke organisatie waardoor personen die gestoord zijn in hun geestvermogens worden gehuisvest, onderzocht of behandeld, verlenen aan de genoemde ambtenaren inzage van de patiëntendossiers.

5. Het bestuur van een ziekenhuis of organisatie als bedoeld in het vierde lid, stelt de genoemde ambtenaren in de gelegenheid met de personen die gestoord zijn in hun geestvermogens te spreken, al dan niet op verzoek van die personen.

6. Bevindende dat zich met betrekking tot een zich in de maatschappij bevindende persoon wiens geestvermogens zijn gestoord, een geval voordoet als bedoeld in artikel 2, geven de genoemde ambtenaren daarvan kennis aan de officier van justitie. Artikel 6, eerste lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 64

1. Een inspecteur bevindende dat een patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting, verblijft, terwijl niet is gebleken van de nodige

bereidheid tot het verblijf in het ziekenhuis, en bij de patiëntenadministratie geen afschrift aanwezig is van een van de in de artikelen 53 en 54 bedoelde bescheiden, voor deze patiënt op dat tijdstip van kracht, nodigt de geneesheer-directeur uit hem mee te delen op grond van welke bescheiden deze patiënt in het psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen.

2. Het eerste lid is van overeenkomstige toepassing indien de inspecteur bevindt dat in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting personen verblijven die blijf geven van verzet tegen dat verblijf, terwijl bij de patiëntenadministratie geen afschrift aanwezig is van een van de in de artikelen 53 en 54 bedoelde bescheiden.

3. De inspecteur geeft zo nodig de officier in wiens ambtsgebied het psychiatrisch ziekenhuis is gelegen, zo spoedig mogelijk kennis van de door de geneesheer-directeur verstrekte mededeling.

Artikel 65

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur, vast te stellen op de voordracht van Onze Minister in overeenstemming met Onze Minister van Justitie, kunnen nadere voorschriften worden gegeven met betrekking tot de uitoefening van de taak van de inspecteurs.

Artikel 65a

1. Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet zijn belast de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.

2. De in het eerste lid bedoelde ambtenaren beschikken niet over de bevoegdheden, genoemd in de artikelen 5:18 en 5:19 van de Algemene wet bestuursrecht.

HOOFDSTUK X. DE TAAK VAN HET OPENBAAR MINISTERIE

Artikel 66

1. Het openbaar ministerie is belast met de tenuitvoerlegging van de krachtens deze wet gegeven rechterlijke beschikkingen op verzoeken, gedaan naar aanleiding van een daartoe ontvangen verzoek als bedoeld in hoofdstuk II, § 1 en 2, dan wel zonder daaraan voorafgaand verzoek. Het openbaar ministerie is voor zover nodig voorts belast met de tenuitvoerlegging van de rechterlijke beschikkingen op verzoeken, gedaan op een verzoek als bedoeld in artikel 32.

2. Het openbaar ministerie doet de in het eerste lid bedoelde taak uitvoeren door ambtenaren, aangesteld voor de uitvoering van de politietaak, die zich voorzien van de bijstand van een of meer personen met kennis van de zorg voor personen die gestoord zijn in hun geestvermogens. De bedoelde ambtenaren kunnen daartoe elke plaats betreden waar de op te nemen persoon zich bevindt, voor zover dat redelijkerwijs voor de vervulling van hun taak nodig is.

3. De ambtenaren, bedoeld in het tweede lid, kunnen aan de betrokkene voorwerpen ontnemen, die een gevaar voor de veiligheid van betrokkene of van anderen kunnen opleveren. Zij zijn bevoegd hem daartoe aan de kleding of aan het lichaam te onderzoeken.

4. Zo mogelijk worden de overeenkomstig het derde lid ontnomen voorwerpen met de betrokkene overgebracht naar het psychiatrisch ziekenhuis waarin hij wordt opgenomen. In het ziekenhuis wordt de patiënt een bewijs van ontvangst afgegeven, waarin die voorwerpen zijn omschreven. De voorwerpen worden voor de patiënt bewaard, voor zover dit niet in strijd is met enig wettelijk voorschrift.

Artikel 67

1. De officieren van justitie bezoeken op onbepaalde tijden de bij gezamenlijk besluit van Onze Minister van Justitie en Onze Minister aangewezen psychiatrische ziekenhuizen in hun ambtsgebied om zich ervan te verzekeren dat niemand daarin wederrechtelijk wordt opgenomen of verblijft. Zij besteden daarbij ook aandacht aan de juiste uitvoering van artikel 36, derde en vierde lid, en artikel 40, van het bepaalde krachtens artikel 44 en van de hoofdstukken IV en VI, § 1. Het derde tot en met vijfde lid van artikel 63, voor zover betrekking hebbend op psychiatrische ziekenhuizen, en artikel 64, eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing.

2. Bij het in het eerste lid bedoelde besluit wordt de frequentie van de bezoeken van de officieren van justitie bepaald.

Artikel 68

De officieren van justitie leggen hun bevindingen tijdens de bezoeken, bedoeld in artikel 67, eerste lid, vast in een jaarlijks verslag. Zij zenden deze verslagen aan Onze Minister van Justitie aan Onze Minister.

HOOFDSTUK XI. STRAFBEPALINGEN

Artikel 69

1. Met gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de derde categorie wordt gestraft hij, die opzettelijk iemand wederrechtelijk van de vrijheid berooft of beroofd houdt door deze persoon, zonder dat gebleken is van de nodige bereidheid daartoe, in een psychiatrisch ziekenhuis of ziekenhuis, niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis, te doen opnemen, op te nemen of diens verblijf aldaar te doen voortduren, terwijl hij weet dat de daarvoor benodigde bescheiden, als bedoeld in de artikelen 53 en 54, niet zijn overgelegd of aanwezig zijn.

2. In afwijking van het bepaalde in het eerste lid wordt als opzettelijk iemand wederrechtelijk van zijn vrijheid beroven, aangemerkt het in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting doen opnemen of opnemen, hoewel de betrokkene blijk heeft gegeven van verzet daartegen, terwijl de in het eerste lid bedoelde bescheiden niet zijn overgelegd of aanwezig zijn.

3. Met gevangenisstraf van ten hoogste twee jaren of geldboete van de derde categorie wordt gestraft hij, die opzettelijk in strijd met het bepaalde bij of krachtens artikel 38, vijfde lid, of 39, eerste en tweede lid, middelen of maatregelen toepast met betrekking tot een patiënt op wie hoofdstuk II dan wel artikel 60 toepassing heeft gevonden, of die op grond van een uitspraak van de strafrechter als bedoeld in artikel 37, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft.

4. De in dit artikel strafbaar gestelde feiten zijn misdrijven.

Artikel 70

1. Met geldboete van de tweede categorie wordt gestraft hij, die

- in strijd handelt met het bepaalde bij of krachtens artikel 3;
- niet voldoet aan een ingevolge artikel 10, tweede lid, opgelegde verplichting;
- niet voldoet aan een ingevolge artikel 24 opgelegde verplichting;
- in strijd handelt met het bepaalde bij of krachtens artikel 37, 38, eerste of tweede lid, derde lid, vierde volzin, of zesde lid, 39, derde lid, 57, eerste lid, of 63, derde, vierde of vijfde lid;
- in strijd handelt met het bepaalde krachtens artikel 44, eerste lid of 56, vierde lid, voor zover zulks in de algemene maatregel van bestuur krachtens die artikelen wordt bepaald;
- voorwaarden aan verlof of voorwaardelijk ontslag verbindt in strijd met het bepaalde bij of krachtens artikel 45, derde lid, en artikel 47, tweede lid, juncto artikel 45, derde lid;
- geen gevolg geeft aan een beschikking van de rechter, houdende een beslissing als bedoeld in artikel 41, zevende lid, 46, tweede lid, 47, derde lid, of 49, derde of tiende lid.

2. De in dit artikel strafbaar gestelde feiten zijn overtredingen.

HOOFDSTUK XII. SLOT- EN OVERGANGSBEPALINGEN

Artikel 71

Onze Minister zendt in overeenstemming met Onze Minister van Justitie binnen drie jaar na het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip, en vervolgens telkens om de vijf jaar, aan de Staten-Generaal een verslag over de wijze waarop de wet is toegepast.

Artikel 71a

[Door vernummering vervallen.]

Artikel 72

De voordracht voor een krachtens artikel 14, 23, 37, 38, 39, 41, 44, 50, 58, 60 of 62 vast te

stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet gedaan dan nadat het ontwerp in de *Staatscourant* is bekend gemaakt en aan een ieder de gelegenheid is geboden om binnen vier weken na de dag waarop de bekendmaking is geschied, wens en bedenkingen ter kennis van Onze Minister te brengen. Gelijktijdig met de bekendmaking wordt het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal overgelegd.

Artikel 72a

Ingeval ingevolge het bij deze wet bepaalde de inspecteur een verzoekschrift indient, of een verzoekschrift als bedoeld in artikel 28, 35 of 41, elfde lid, wordt ingediend, dan wel een van de daartoe bevoegde personen beroep instelt, behoeft de indiening van het verzoekschrift niet bij procureur te geschieden.

Artikel 73

1. De artikelen 32-35 van de wet van 27 april 1884, *Stb.* 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen worden ingetrokken op het in artikel 80, eerste lid, vermelde tijdstip.
2. De overige bepalingen van de wet van 27 april 1884, *Stb.* 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen worden ingetrokken op het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip.

Artikel 74

1. Machtigingen, verleend op grond van artikel 17, 23 of 24 van de wet van 27 april 1884, *Stb.* 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, en machtigingen, verleend op grond van de artikelen 387 en 388 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, waarvan de geldigheidsduur nog niet is verstreken op het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip, worden voor de toepassing van deze wet aangemerkt als machtiging tot voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 15 van deze wet. Zij blijven tot het eind van hun geldigheidsduur, doch in elk geval gedurende negen weken na het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip van kracht.
2. Inbewaringstellingen als bedoeld in artikel 35*b* van de wet van 27 april 1884, *Stb.* 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, die op grond van een beslissing van de rechter krachtens artikel 35*i*, eerste lid, van die wet zijn voortgezet, en waarvan de geldigheidsduur nog niet is verstreken op het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip, worden voor de toepassing van deze wet aangemerkt als machtigingen tot voortzetting van de inbewaringstelling als bedoeld in hoofdstuk II, paragraaf 3. Zij blijven tot het eind van hun geldigheidsduur, doch in elk geval gedurende twee weken na het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip van kracht.
3. Inbewaringstellingen als bedoeld in artikel 35*b* van de wet van 27 april 1884, *Stb.* 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, naar aanleiding waarvan op het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip nog geen vordering als bedoeld in artikel 35*i* van die wet is ingesteld, worden aangemerkt als een last tot inbewaringstelling. De artikelen 25 en 26 zijn van toepassing met dien verstande dat de berichtgeving door de burgemeester - voor zover zij niet reeds voor bovenbedoeld tijdstip is geschied - in elk geval plaatsvindt binnen de aangegeven termijnen na dit tijdstip. Artikel 27 is van toepassing met dien verstande dat - indien de berichtgeving van de burgemeester voor bovenbedoeld tijdstip is geschied - het verzoek van de officier, bedoeld in het eerste lid van artikel 27 in elk geval wordt gedaan binnen de aangegeven termijn na dit tijdstip.
4. De behandeling van verzoekschriften en requisitoiren tot het verkrijgen van een machtiging op grond van artikel 17 van de wet van 27 april 1884, *Stb.* 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, en van vorderingen van officieren van justitie, ingesteld op grond van artikel 35*i* van die wet, waarop nog niet is beslist op het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip, wordt met toepassing van de genoemde wet voortgezet, met dien verstande dat de rechter
 - op vorderingen op grond van artikel 17 van die wet beschikt als ware de vordering ingesteld met toepassing van hoofdstuk II, § 1, van deze wet, en
 - op vorderingen op grond van artikel 35*i* van die wet beschikt als ware de vordering een verzoek in de zin van artikel 27, eerste lid, van deze wet.
5. De behandeling van verzoekschriften en requisitoiren tot het verkrijgen van een machtiging op grond van artikel 23 of 24 van de wet van 27 april 1884, *Stb.* 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, dan wel van een machtiging of een verlenging daarvan op grond van de artikelen 387 en 388 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, waarop nog niet is beslist op het krachtens artikel 80, tweede lid, vastgestelde tijdstip, wordt niet voortgezet.
6. Omtrent de patiënten, ten aanzien van wie ingevolge het eerste en tweede lid machtigingen en inbewaringstellingen van kracht blijven, worden aan de inspecteur en de officier van justitie

de door Onze Minister te bepalen gegevens verstrekt binnen een daarbij door Onze Minister te stellen termijn.

Artikel 75

1. De bevoegdheid van de provisionele bewindvoerder, benoemd met toepassing van artikel 33 van de wet van 27 april 1884, *Stb.* 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, eindigt na verloop van zes maanden na het in artikel 80, eerste lid, vermelde tijdstip, tenzij
 - a. binnen die termijn een beschikking waarbij met betrekking tot de patiënt een curatele is uitgesproken, een bewind als bedoeld in titel 19 of een mentorschap als bedoeld in titel 20 van Boek 1 van het Burgelijk Wetboek is ingesteld, onherroepelijk is geworden;
 - b. binnen die termijn aan de patiënt ontslag wordt verleend uit het psychiatrisch ziekenhuis;
 - c. een verzoek of vordering tot ondercuratelestelling, tot onderbewindstelling als bedoeld in titel 19, of tot instelling van een mentorschap als bedoeld in titel 20 van Boek 1 van het Burgelijk Wetboek is gedaan en daarop binnen die termijn niet onherroepelijk is beslist.
2. In de gevallen, bedoeld in het eerste lid, onder *a* en *b*, eindigt de bevoegdheid op de daar bedoelde tijdstippen.
3. In het geval, bedoeld in het eerste lid, onder *c*, eindigt de bevoegdheid op het tijdstip van het onherroepelijk worden van de op dat verzoek of op die vordering gegeven beschikking.
4. Met betrekking tot het uit artikel 32 van de wet van 27 april 1884, *Stb.* 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, voortvloeiende verlies van het beheer van de eigen goederen is het in de voorgaande leden bepaalde van overeenkomstige toepassing.
5. De patiënt die op grond van artikel 32 van de wet van 27 april 1884, *Stb.* 96, tot regeling van het Staatstoezicht op krankzinnigen, het beheer over de goederen van anderen heeft verloren, herkrijgt dit beheer niet door de inwerkingtreding van artikel 73, eerste lid, van deze wet.

Artikel 76

[Vervallen.]

Artikel 77

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

Artikel 78

[Vervallen.]

Artikel 79

Deze wet kan worden aangehaald als Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

Artikel 80

1. De artikelen 73, eerste lid, en 75 treden in werking met ingang van de eerste dag na de datum van uitgifte van het *Staatsblad* waarin deze wet wordt geplaatst.
2. De overige artikelen van de wet treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden gesteld.