



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport calamiteitenonderzoek
naar de hulpverlening aan V.,
dader van het schietincident in Alphen
aan den Rijn op 9 april 2011

Den Haag, september 2011

Inhoud

1	Inleiding — 3
2	Doelstelling en vraagstelling — 4
3	Verantwoording — 5
4	Bevindingen — 7
5	Voorlopige conclusies — 15
6	Maatregelen — 18

1 Inleiding

Op 9 april 2011 was er een zeer ernstig schietincident in winkelcentrum De Ridderhof te Alphen aan den Rijn. Ten gevolge van het schietincident zijn zeven mensen overleden, waaronder de dader, en zijn velen (ernstig) gewond geraakt.

Conform artikel 4a van de Kwaliteitswet zorginstellingen is door de Raad van Bestuur van Rivierduinen, organisatie voor geestelijke gezondheidszorg, melding gedaan van deze calamiteit bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de inspectie of IGZ) omdat de dader (verder aangeduid als V.)¹ eerder onder behandeling was geweest bij GGZ Rijnstreek, onderdeel van Rivierduinen.

Naast de melding van Rivierduinen is eveneens een melding van het Openbaar Ministerie ontvangen met het verzoek aan de inspectie om een onderzoek in te stellen.

Er zijn naar aanleiding van het gebeurde ook onderzoeken ingesteld door het Openbaar Ministerie (OM) en de Onderzoeksraad voor de Veiligheid. Het OM heeft op 11 juli 2011 haar bevindingen in een persconferentie gepresenteerd. De bevindingen van het strafrechtelijk onderzoek zijn samengevat in twee openbaar gemaakte rapporten: 'Samenvatting resultaten Rijksrechercheonderzoek' en 'Samenvatting team grootschalige opsporing (TGO) onderzoek Komeet'. Een deel van het onderzoek van het OM betrof een verzoek aan het Nederlands Instituut Forensche Psychiatrie (NIFP) om een post-mortem analyse van V. op te stellen.

Het onderzoek van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid richt zich op vragen betreffende de afgifte van wapenverloven. De Onderzoeksraad zal haar rapport naar verwachting eind september presenteren.

De inspectie heeft conform de 'Leidraad Meldingen' (juni 2007) aan de Raad van Bestuur van Rivierduinen verzocht om onderzoek te doen naar de calamiteit. Gezien de omvang en de ernst van de calamiteit heeft de Raad van Bestuur van Rivierduinen na overleg met de inspectie besloten om een externe, onafhankelijke onderzoekscommissie in te stellen met de opdracht om de hulpverlening door Rivierduinen te toetsen. De vraagstelling van het externe onderzoek is na overleg met de inspectie vastgesteld. De huisarts van V. is eveneens door de inspectie verzocht om haar te informeren over de hulpverlening aan V. De ouders van V. zijn in de gelegenheid gesteld om een toelichting te geven aan de inspectie.

1 Voor de leesbaarheid wordt in het gehele rapport de afkorting V. gebruikt, waar ook de patiënt, dader of cliënt gebruikt kan worden. Dit geldt ook voor de geciteerde tekstgedeelten.

2 Doelstelling en vraagstelling

De inspectie wil bij onderzoek naar calamiteiten antwoord op de vraag of de kwaliteit van de (organisatie van de) zorg, zoals die door de betrokken instelling en individuele hulpverleners is geboden, heeft voldaan aan de eisen van verantwoorde zorg conform de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en andere relevante wetgeving en veldnormen.

De externe onafhankelijke onderzoekscommissie heeft van de Raad van Bestuur van Rivierduinen de opdracht gekregen om, na het interne onderzoek ingesteld door Rivierduinen, een tweede opinie te vormen over de vraag of de behandeling van V. conform professionele en instellingskaders is verlopen. Meer specifiek betrof het de volgende vragen:

- Is er bij V. sprake geweest van kwalitatief verantwoorde en veilige zorg ten aanzien van diagnostiek, behandeling en begeleiding?
- Voldeed deze zorg aan vigerende landelijke en interne richtlijnen voor dergelijke gevallen?
- Is de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) voldoende in ogenschouw genomen?
- Is de hulpverlening adequaat in het dossier neergeslagen en gecommuniceerd met derden, waaronder de verwijzer?

De opdrachtformulering van de Raad van Bestuur van Rivierduinen aan de externe commissie van deskundigen is na overleg met de IGZ tot stand gekomen.

Naast de vragen over mogelijk onverantwoorde zorg en/of verwijtbaar/vermijdbaar handelen door individuele hulpverleners, wil de inspectie in haar onderzoek ook ingaan op aspecten van de hulpverlening die in de toekomst de kans op eenzelfde of vergelijkbaar incident kunnen verminderen of voorkomen. Dit komt aan de orde in het hoofdstuk Beschouwing.

3 Verantwoording

Onderzoeksmethode

De inspectie heeft op 27 juli 2011 de vertrouwelijke rapportage ontvangen van het interne onderzoek van Rivierduinen, het rapport van de externe onafhankelijke onderzoekscommissie en de reactie op beide onderzoeken van de Raad van Bestuur van Rivierduinen. Op 2 augustus 2011 werd informatie ontvangen van de huisarts. Dit geheel aan informatie vormde de basis voor het onderzoek door de inspectie. Het onderzoek van de inspectie bestond verder uit de inzage in het dossier van Rivierduinen op 9 augustus 2011 en inzage in het dossier met een mondelinge toelichting van de huisarts op 10 augustus 2011. Op 25 augustus 2011 is gesproken met de ouders.

Als achtergrondinformatie is tevens gebruikgemaakt van:

- Processen-verbaal van de gesprekken met de ouders in april-mei 2011 door het OM.
- Samenvatting van de resultaten van het Rijksrechercheonderzoek, Openbaar Ministerie, juli 2011.
- Rapport Forensisch gedragskundige analyse pro justitia, NIFP, juli 2011.
- Samenvatting TGO onderzoek Komeet, Openbaar Ministerie, juli 2011.

Rivierduinen, de huisarts en de ouders hebben op 29 augustus 2011 een concept-rapport ontvangen met het verzoek te reageren op feitelijke onjuistheden. De reacties op het conceptrapport zijn verwerkt. Vervolgens heeft de inspectie het rapport vastgesteld met daarin opgenomen de te nemen maatregelen en een beschouwing.

Verantwoording openbaarmaking rapport

De inspectie heeft in het kader van haar toezichthoudende taak op grond van de Wet Bopz inzagerecht in patiëntendossiers van patiënten die worden behandeld in psychiatrische ziekenhuizen zoals Rivierduinen. De inspectie is op grond van artikel 39, tweede lid, van de Gezondheidswet, voor zover dat voor de vervulling van haar taak noodzakelijk is, eveneens bevoegd tot inzage van patiëntendossiers anders dan in het kader van de Wet Bopz, zoals in casu bij de huisarts.

Voor de inspectie geldt in beginsel op grond van artikel 2.5 van de Algemene wet bestuursrecht een geheimhoudingsplicht van vertrouwelijke gegevens. Dit is voor het inzagerecht in patiëntendossiers zoals geregeld in de Gezondheidswet nader gespecificeerd in die zin dat voor die gegevens waarvoor voor de betrokken beroeps-beoefenaar een geheimhoudingsplicht bestaat, deze eveneens geldt voor de inspectie.

De inspectie dient derhalve met openbaarmaking van gegevens zoals uit een medisch dossier prudent om te gaan en heeft met betrekking tot de inhoud van dit rapport en de wijze van openbaarmaking de regels in acht te nemen die ter zake voor handen zijn.

Bij de beslissing tot openbaarmaking van dit rapport heeft de inspectie dan ook een belangenafweging gemaakt, waarbij zij aan de ene kant het belang van de bescherming van de privacy van betrokken patiënt en zijn naasten heeft afgewogen tegen het algemene belang dat gediend is met de openbaarmaking van dit rapport. De inspectie heeft gemeend dat het belang van openbaarmaking waarmee de inspectie verantwoording aflegt over het door haar verrichte onderzoek en haar conclusies, maatregelen en aanbevelingen voor de toekomst in dit geval prevaleren

boven het belang van de geheimhoudingsplicht zoals deze ook voor de inspectie geldt.²

De inspectie heeft bij deze afweging de ernst van deze calamiteit betrokken en de grote maatschappelijke onrust die erdoor is ontstaan. Bovendien is in aanmerking genomen dat er al veel informatie bekend was geworden over de persoon V. en zijn (ziekte) geschiedenis.

Er is voor gekozen om slechts die persoonlijke gegevens in het rapport te benoemen die relevant zijn voor het onderzoek en/of die reeds uit andere bronnen bekend waren. Voor wat betreft gegevens afkomstig van de ouders is hen gevraagd of zij erin konden toestemmen dat deze gebruikt werden. Hiermee is ingestemd.

2 De Raad van Bestuur van Rivierduinen heeft in haar reactie op het conceptrapport gesteld dat zij een andere afweging hebben gemaakt voor de openbaarmaking van tot personen herleidbare informatie, evenals de afwegingen die er gemaakt zijn ten aanzien van de bronnen van informatie.

4 Bevindingen

De hulpverlening aan V. bestond uit huisartsenzorg, behandeling en begeleiding in de geestelijke gezondheidszorg (verder aangeduid als GGZ) en eenmalig een verwijzing naar een medisch specialist in april 2010 in verband met een slaapstoornis. Onderstaand volgt eerst achtergrondinformatie, gevolgd door een samenvatting van het verloop van de behandeling bij de huisarts en de GGZ. Daarna volgen de bevindingen aan de hand van de onderzoeksvragen.

Per onderzoeksvraag zijn eerst de bevindingen en conclusies van de externe commissie van deskundigen weergegeven, gevolgd door de bevindingen van de inspectie. De bevindingen van de inspectie zijn gebaseerd op alle beschikbare informatie, inclusief dossieronderzoek en gesprek met de ouders.

Achtergrondinformatie

V. is geboren in 1986 en groeide op in Alphen aan den Rijn als enig kind bij zijn vader en moeder. Na het doorlopen van de lagere school volgde hij VMBO en behaalde een diploma. Hij is in 2004 voor het eerst gaan werken. Dit dienstverband liep tot en met 31 december 2009. In 2010 is V. in de ziektewet gekomen. Via een uitzendbureau is V. augustus 2010 weer parttime gaan werken. Hij was blij dat hij weer aan de slag kon. In maart 2011 hield het werken, bij gebrek aan werk, op. Na een korte periode in 2005/2006 op kamers gewoond te hebben, woonde V. sindsdien weer (op kamers) bij zijn ouders.

De ouders hebben zich vanaf 2004 ernstig zorgen gemaakt over hun zoon. Gedurende de gedwongen opname in 2006 maar ook daarna hebben de ouders regelmatig hun zorgen over hem bij de hulpverleners van de GGZ geuit. In oktober 2008 hebben de ouders hun zorgen over het aanvragen van een wapenverlof door hun zoon met de GGZ-hulpverleners besproken. Deze zagen, met beroep op hun beroepsgeheim, onvoldoende mogelijkheden om de politie te informeren.

In het openbaar gemaakte rapport van het OM staat vermeld: "Op verzoek van de officier van justitie heeft het NIFP een postmortem onderzoek gedaan naar de persoonlijkheid van V. en naar de vraag of hij een stoornis had. Uit dat onderzoek is gebleken dat V. schizofreen was en dat een relatie kan worden gelegd tussen de stoornis en het gebeuren van 9 april 2011."

In de rapportage van het OM is een uitgebreide beschrijving van de achtergronden van V. weergegeven, waarin o.a. zijn grote interesse voor wapens blijkt en zijn belangstelling voor het geloof, die zich heeft ontwikkeld tot een haat tegen God. V. heeft hierover ook een 'boek' geschreven. V. heeft tot medio 2010 regelmatig gebloed met vrienden of collega's.

In het gesprek met de ouders is naar voren gekomen dat zij eind 2008 hun zorgen over de aanvraag van V. van een wapenverlof hebben besproken met de GGZ-hulpverlening. Toen zij zich voor het voldongen feit zagen geplaatst dat het wapenverlof, tegen hun verwachting in, toch was afgegeven aan V. is dit door hen verder niet meer ter sprake gebracht in gesprekken met hulpverleners.

De ouders willen niet zozeer dat er maatregelen tegen bepaalde individuele hulpverleners worden genomen maar vinden het wel zeer belangrijk dat een dergelijke zeer ernstige calamiteit niet meer kan plaatsvinden.

Huisartsenzorg

De huisarts was vanaf zijn geboorte huisarts van V. en het gezin. V. bezocht de huisarts met een gemiddelde frequentie. De laatste jaren 3 à 4 keer per jaar. In de afgelopen periode was de reden voor een huisartsenbezoek meestal de slaapstoornis. Soms is ook de overige psychische gesteldheid en zijn cannabisgebruik ter sprake geweest. Voor de slaapstoornis heeft de huisarts over een langere periode slaapmedicatie in de vorm van benzodiazepines voorgeschreven. Op verzoek van de behandelend psychiater is in september 2007 het voorschrijven van slaapmedicatie overgenomen door de GGZ. Op verzoek van de behandelend psychiater heeft in 2010 een verwijzing naar een neuroloog plaatsgevonden in verband met de slaapstoornis. Er heeft geen verwijzing door de huisarts naar andere medisch specialisten plaatsgevonden. De gedwongen opname in 2006 vond plaats in het weekend via de huisartsenpost. In 2007 is in verband met psychische klachten door de huisartsenpost kortdurend een anti-psychoticum voorgeschreven en in 2008 is er contact geweest met de huisartsenpost in verband met inname van een te grote hoeveelheid slaapmedicatie, waarvoor V. kort is opgenomen in het ziekenhuis. Het laatste contact met de huisarts dateert van 14 maart 2011. Dit betrof een somatische reden.

In de afgelopen jaren zijn er geen momenten geweest waarop gedwongen GGZ-behandeling ter overweging voorlag bij de huisarts. In het afgelopen jaar zijn er ook geen signalen bij de huisarts geweest over V. en eventueel risicovolle situaties. Het vuurwapenbezit was niet bekend bij de huisarts.

Geestelijke gezondheidszorg

Bij de gedwongen opname met een inbewaringstelling (IBS) op basis van de Wet Bopz op 3 september 2006 kwam V. voor het eerst in aanraking met de GGZ-hulpverlening. Na afloop van de IBS op 18 september 2006 kwam V. ambulant in behandeling. Aanvankelijk in het zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen. Vanaf maart 2007 in het zorgprogramma Kritische Eerste Episode, specifiek gericht op ambulante zorgverlening na een eerste psychose. V. kreeg met tussenpozen medicamenteuze behandeling door een psychiater.³ Dit betrof anti-psychotische medicatie en antidepressiva. V. had bezwaren tegen de voorgeschreven medicatie in verband met de bijwerkingen. De geplande contactfrequentie lag gemiddeld op 1 x per maand à zes weken. Tot medio 2010 waren ook regelmatig de ouders (meestal de moeder) aanwezig bij de gesprekken. De ouders is psycho-educatie gegeven over het ziektebeeld. Hierop hebben zij zich aangesloten bij de oudervereniging Ypsilon. Betrokkene was vanaf het begin van zijn behandeling ambivalent over zijn zorgvraag en mogelijke diagnose. Hierdoor was hij wisselend in zijn therapietrouw wat betreft de medicatie en zijn contacten met de GGZ-hulpverleners. Hij neigde in de contacten tot het afhouden van zijn klachten en problemen. In dat kader werd uiteindelijk de behandeling formeel afgesloten in oktober 2010. De medicamenteuze behandeling was mei 2010 afgebouwd en V. was gestopt met blowen. In december 2010 is hem, op zijn verzoek, nog wel een recept verstrekt en op 8 februari 2011 is er nog een eenmalig contact geweest met een hulpverlener. Voor zowel V. als voor de ouders was de GGZ-hulpverlening direct en laagdrempelig toegankelijk voor het geval er vragen of problemen waren. Volgens de ouders is de relatie met de hulpverleners van de GGZ en het vertrouwen in hen de laatste jaren bij zowel V. als de ouders steeds goed geweest.

3 De ouders hebben in hun reactie op het conceptrapport aangegeven dat zij denken dat de kans op herstel van hun zoon veel groter was geweest indien hij direct na de inbewaringstelling medicijnen had gekregen en de behandeling was doorgezet.

De onderzoeksvragen

Er is een viertal onderzoeksvragen onderzocht door de externe onafhankelijke commissie die ingesteld is door de Raad van Bestuur. De onderzoeksvragen zijn door de commissie beantwoord aan de hand van het interne onderzoek van Rivierduinen, het dossier en mondelinge toelichtingen van de betrokken zorgverleners. Deze vragen zijn ook het uitgangspunt geweest van het inspectieonderzoek.

Algemene conclusie van de onderzoekscommissie

“Het schietincident heeft ondanks het zorgvuldige en weloverwogen optreden van Rivierduinen plaatsgevonden. De commissie merkt hierbij op dat dit niets af doet aan de ernst van het incident en de te betreuren slachtoffers”.

Onderzoeksvraag 1: Is er bij V. sprake geweest van kwalitatief verantwoorde en veilige zorg ten aanzien van diagnostiek, behandeling en begeleiding?

De conclusie en de bevindingen van de externe commissie

Antwoord: “Ja, in hoofdzaak wel. Er is bij de commissie weliswaar achteraf een aantal vragen gerezen over of het niet beter zou zijn geweest om andere strategieën te volgen, maar dat is in de beoordeling van het handelen op dat moment en in die context ondergeschikt. Er was geen sprake van tekortkomingen in de kwaliteit van de geleverde zorg. In zijn algemeenheid meent de commissie dat nog nauwkeuriger biografie en heteroanamnese in deze gevallen aan te raden zijn, alsmede voortdurend besef van en evaluatie op doelstellingen van de begeleiding. Behandelaars kenden V. goed, onderhielden voldoende en regelmatig contact met hem, afgewisseld door perioden waarin hij wat meer uit beeld was, en hebben een consistent beleid gevoerd. Er is echter niet systematisch geëvalueerd op de gestelde (globale) doelen.

Er ontbreken rapportages over expliciete risicotaxaties. Bij het benaderen van de familie lijkt niet steeds voldoende regie te zijn genomen door het team en heeft het team zich gevoegd naar de keuzes van ouders en V. Kennelijk bestond er terughoudendheid bij de behandelaars om over deze aspecten de strijd aan te gaan uit vrees voor beschadiging van de behandelrelatie met V. Steeds is zorgvuldig met een eventueel conflict van plichten omgegaan, al moet geconstateerd worden dat de behandelaars de criteria zo hebben geïnterpreteerd, dat er net zoals bij een inbewaringstelling een acuut gevaar moet zijn als voorwaarde voor de rechtvaardiging van het doorbreken van het beroepsgeheim. Het overleg over het hieruit voortvloeiende ‘conflict van plichten’ tussen de behandelaar, een collega en de wnd. geneesheer-directeur is niet in het dossier terug te vinden. Het is daarom niet goed mogelijk na te gaan of de criteria die gelden voor het doorbreken van de geheimhoudingsplicht op basis van een ‘conflict van plichten’ gehanteerd zijn (deze criteria zijn onder andere te vinden in de toelichting op de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en mogen inmiddels bekend worden verondersteld bij inhoudelijk leidinggevenden in de geestelijke gezondheidszorg). Naar de mening van de commissie kan het leerstuk ‘doorbreking geheimhoudingsplicht op basis conflict van plichten’ ook worden toegepast bij een niet acuut⁴ maar wel persistent aanwezig ernstig gevaar voor derden (zoals bij de criteria voor een rechterlijke machtiging). Er is voor zover bekend geen jurist geraadpleegd. Overigens mag niet onvermeld blijven dat de behandelaars niet op de hoogte waren van het essentiële feit dat V. zelf lid was van een schietvereniging en een eigen wapenvergunning had.

4 De richtlijn van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde (KNMG) spreekt over een reëel risico op acuut en direct gevaar.

De commissie constateert dat de wijze waarop de zorgverlening was georganiseerd een goede kwaliteit van zorg aan V. voldoende waarborgde. Het management heeft de organisatorische voorwaarden om verantwoorde zorg te bieden voldoende ingevuld en ook voldoende als klankbord voor de behandelaars opgetreden. De behandelaars gaven expliciet aan niet onder een te grote werkdruk te hebben moeten functioneren. De psychiater was goed beschikbaar voor de andere behandelaars." (einde citaat)

Bevindingen van de inspectie

De inspectie onderschrijft de conclusie van de externe commissie wat betreft de hoofdlijnen van het zorgproces, maar op cruciale deelaspecten onderschrijft de inspectie echter de conclusies van de externe commissie niet.

De inspectie constateert aan de hand van de inzage van het dossier dat er terughoudendheid is geweest in het vaststellen van een diagnose, mede omdat V. niet meewerkte aan diagnostisch onderzoek. Ook verscheen V. soms niet op afspraken, zonder navolgbare reactie. Er zijn onregelmatig multidisciplinaire behandelplannen opgesteld, in ieder geval niet jaarlijks. Evenals de externe commissie heeft de inspectie geconstateerd dat behandel- en begeleidingsdoelen globaal waren geformuleerd. Aantekeningen over systematische evaluaties van de behandelplannen en doelstellingen zijn niet aangetroffen in het dossier.

In oktober 2008 zijn door de ouders zorgen over een aanvraag van een wapenverlof van V. aan de orde gesteld bij de behandelaars. Hierover zijn summier aantekeningen aangetroffen in het dossier. Een afweging van het conflict van plichten op basis van de richtlijnen van de KNMG⁵ inzake het beroepsgeheim en de daaruit voortvloeiende zwijgplicht en het verschoningsrecht is niet in het dossier aangetroffen. Uit de gesprekken gevoerd door de externe commissie en de verslagen van het interne onderzoek van Rivierduinen is gebleken dat in deze periode het eventueel vuurwapenbezit en het gevaar hiervan voor V. en anderen intern is besproken, terwijl extern een forensisch deskundige zou zijn geraadpleegd. Juridische consultatie heeft niet plaatsgevonden. In het dossier zijn geen aantekeningen aangetroffen van de interne en externe consultaties. De inspectie is van mening dat niet voldoende, en in ieder geval niet navolgbaar, is stil gestaan bij een mogelijk persistent (ernstig) gevaar voor patiënt zelf en voor derden ten gevolge van mogelijk vuurwapenbezit, in combinatie met zijn fascinatie voor vuurwapens. Niet met zekerheid kan worden gesteld dat als dit wel voldoende respectievelijk navolgbaar was gebeurd, dit tot andere besluitvorming had geleid.

Op basis van het dossier lijkt in de periode na afgifte van het signaal door de ouders het mogelijk vuurwapenbezit niet meer bevraagd te zijn, althans hierover is niets verantwoord in het dossier.

De behandeling heeft zich gericht op de klachten die V. naar voren bracht. De afsluitende brief van één van de behandelaren (en niet de eindverantwoordelijk behandelaar) aan de huisarts van oktober 2010 betrof ook grotendeels het slaapprobleem en was summier over de psychiatrische diagnosestelling en eventuele aandachtspunten van de psychiatrische behandeling voor zover van belang voor de huisarts.

Verder constateert de inspectie op basis van het dossier dat op geen enkel moment is overwogen om een huisbezoek bij V. (en zijn ouders) af te leggen.

5 KNMG richtlijn 'Beroepsgeheim arts jegens politie en justitie' (in dit rapport ook wel aangeduid als KNMG-richtlijn).

Onderzoeksvraag 2: Voldeed de behandeling en zorgverlening aan V. aan vigerende landelijke en interne richtlijnen voor dergelijke gevallen?

De conclusie en de bevindingen van de externe commissie

Antwoord: "Ja, in hoofdzaak wel; dat geldt voor het medicatiebeleid, het betrekken van de familie, de wijze waarop in de loop van de tijd de diagnostiek en behandeling zijn aangepast aan het zich ontwikkelende beeld en het aanbieden van een lage drempel voor hulp. De commissie meent dat de huisarts gevraagd had kunnen worden naar zijn visie op de problemen van V. en het gezin. Het is wel de vraag of het stoppen van therapie(onderdelen) teveel gebaseerd werd op de wens van V. niet in therapie te zijn. Maar dat kan volgens de commissie niet als tekortkoming in de verleende zorg worden gezien. De commissie heeft zich afgevraagd of de Dormicum- en cannabisverslaving voldoende gewicht heeft gekregen. Ook vraagt de commissie zich af, of bij V. het onderwerp veiligheid/je veilig voelen explicieter aan de orde had moeten komen.

De commissie is van mening dat alle behandelaars binnen de grenzen van hun bevoegdheden volgens de Wet BIG en volgens het intern professioneel reglement zijn gebleven. Steeds is door de verantwoordelijke behandelaar een behandelplan voor V. opgesteld en is de psychiater betrokken bij de behandeling met medicijnen en eventuele aanpassingen in de diagnostiek." (einde citaat)

Bevindingen van de inspectie

De inspectie onderschrijft de conclusie van de externe commissie op dit punt. Na de klinische opname in 2006 is V. ambulante in behandeling gekomen bij het zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen. De keuze voor dit zorgprogramma is voor de inspectie niet geheel navolgbaar. Vervolgens is V. maart 2007 in behandeling gekomen bij het zorgprogramma Kritische Eerste Episode, specifiek gericht op ambulante zorgverlening na een eerste psychose. Dit zorgprogramma was meer passend bij de psychiatrische stoornis. Ook het medicamenteuze beleid was gebaseerd op zijn klachten en passend bij een psychotische stoornis met depressieve kenmerken. V. stopte regelmatig met de behandeling, waaronder de medicamenteuze behandeling, maar vroeg vervolgens meestal binnen enkele weken weer om medicatie en een gesprek. Toen vervolgens V. in maart 2008 verzocht om in verband met de bijwerkingen te stoppen met de antipsychotische medicatie en de medicatie werd afgebouwd, hebben er regelmatig psychiatrische beoordelingen plaatsgevonden. Er zijn na maart 2008 gedurende kortere periodes nog anti-depressiva en antipsychotica verstrekt. De ouders waren tot mei 2010 betrokken bij de behandeling. Daarna waren, mede gebaseerd op de wens van V., de contacten van de ouders met de GGZ beperkt. In het dossier valt op dat de aanleiding voor de gedwongen opname in 2006, dreigen met zelfmoord en fascinatie met vuurwapens en God, geleidelijk naar de achtergrond lijkt te zijn verdwenen. De inspectie volgt de externe commissie in haar conclusie dat de behandeling in grote lijnen voldeed aan de vigerende landelijke richtlijnen en veldnormen. Dit neemt niet weg dat de GGZ-hulpverleners meer regie hadden kunnen nemen in de broze relatie met V. in plaats van min of meer af te wachten op hetgeen V. vroeg. In het hoofdstuk Beschouwing van dit rapport wordt nog teruggekomen op de dilemma's waarvoor veel hulpverleners in de GGZ zich geplaatst zien bij niet-gemotiveerde patiënten.

Onderzoeksvraag 3: Is de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) voldoende in ogenschouw genomen?

De conclusie en bevindingen van de externe commissie

Antwoord: "Ja. Het was voortvarend om een IBS uit te schrijven toen V. in 2006 werd aangemeld door de ouders met suïcidale neigingen. Later hebben zich, naar

het oordeel van de commissie, geen situaties voorgedaan die hadden moeten leiden tot het in werking stellen van de Wet BOPZ, omdat de behandelaars geen feiten of omstandigheden bekend waren of konden zijn die zouden wijzen op direct gevaar van of voor V. of zijn omgeving. Hadden de behandelaars geweten van het daadwerkelijke eigen wapenbezit van V., dan was daarmee in elk geval het 'conflict van plichten' en mogelijk de Wet Bopz opnieuw aan de orde geweest. Zij waren daarvan echter niet op de hoogte.

Tot mei 2010 was V. kennelijk voldoende gemotiveerd tot cognitieve gedrags-therapie voor zijn slaapproblemen en V. zocht een aantal keer zelf contact als zijn psychotische symptomen intensiverden of als hij medicatie meende nodig te hebben. Toen V. uiteindelijk in februari 2011⁶ de therapie stopte waren er op dat moment niet voldoende redenen om gedwongen hulpverlening in te zetten.

De poging V. door te verwijzen naar forensische psychiatrie is niet gerealiseerd doordat V. niet daadwerkelijk agressief was in combinatie met ontbrekende bereidheid bij V. aan een dergelijke verwijzing gevolg te geven. Bovendien kon mede daardoor het forensisch instituut niet 'outreaching' werken. Het blijft betreurenswaardig dat het ook niet gelukt is de gezochte forensische expertise op een andere manier in de behandeling te betrekken, bijvoorbeeld door een eenmalig consult. (einde citaat)

Bevindingen van de inspectie

De inspectie onderschrijft, uitgaande van de situatie dat de GGZ-professionals niet hebben doorgevraagd over het wapenbezit (dat had op zichzelf mogelijk wel degelijk een titel voor dwang kunnen opleveren), de conclusie van de externe commissie met betrekking tot het voldoende in ogenschouw nemen van de Wet Bopz. In de periode 2006-2008 zijn aantekeningen in het dossier van Rivierduinen te vinden dat er sprake was van dreigen met zichzelf iets aan te doen met een vuurwapen. In 2006 leidde dit tot een gedwongen opname. Daarna waren er enkele dreigingen waarop afspraken werden gemaakt rond eventuele crisisinterventie die vervolgens niet heeft plaatsgevonden. Er was in deze periode sprake van medicamenteuze behandeling en min of meer regelmatig contact met de GGZ-hulpverleners.

In oktober 2008 hebben de ouders hun zorgen geuit over de aanvraag van hun zoon van een wapenverlof. Hierover zijn, zoals hiervoor gesteld, slechts summier aantekeningen teruggevonden in het dossier. In de periode 2009-2011 zijn met uitzondering van een aantekening op 24-9-09, geen aantekeningen in het dossier gevonden waaruit blijkt dat bij de patiënt of ouders is nagevraagd of V. een wapenverlof heeft gekregen en hoe hij stond tegenover vuurwapenbezit e.d. Nu dit navragen achterwege is gebleven, is er voorts geen inschatting gemaakt van gevaar, en is dus ook geen titel voor gedwongen behandeling gevonden.

Overigens ontbreken over de periode 2008-2011 in het dossier ook aantekeningen over uitgevoerde taxaties ten aanzien van een mogelijk suïciderisico. Taxatie hiervan was op zijn plaats geweest, gezien de (eerdere) depressieve stoornis. Hierop wordt nog teruggekomen bij de volgende onderzoeksvraag.

De inspectie heeft met inachtneming van bovenstaande, geen andere aantekeningen in de dossiers aangetroffen die een eventuele gedwongen opname en behandeling als bedoeld in de Wet bijzondere opnemingen psychiatrie ziekenhuizen (BOPZ) noodzakelijk maakten.

6 Volgens de inspectie was het laatste contact met de GGZ in februari 2011, de therapie was gestopt in oktober 2010.

Onderzoeksvraag 4: Is de hulpverlening adequaat in het dossier neergeslagen en gecommuniceerd met derden, waaronder de verwijzer?

De conclusies en bevindingen van de externe commissie:

Antwoord: Ja, in hoofdzaak wel. De commissie komt tot de conclusie dat de behandelaars hebben gehandeld als goed hulpverlener, al vertoont het dossier hiaten als het gaat om communicatie rondom verwijzingen, het contact met de huisarts en de verslaglegging van risicotaxatie. In de behandelplannen waren de doelen globaal en niet specifiek uitgewerkt. Aan de verplichting in het dossier alle gegevens bij te houden die van belang zijn voor de behandeling is niet geheel voldaan. Geconcludeerd kan worden dat de behandeling goed in het dossier is neergeslagen, dat de evaluaties en daaruit voortkomende acties in het dossier zijn vastgelegd maar dat de genomen besluiten en de daaraan ten grondslag liggende overwegingen maar matig in het dossier te vinden zijn. Overigens hebben behandelaars mondeling hun individuele behandelbeleid voldoende op elkaar afgestemd. De rapportages, hoewel onvolledig volgens de behandelaars, geven een sober, maar voldoende beeld van de feitelijke hulpverlening aan V. Er is een behandelplan op hoofdlijnen dat lange termijn doelen benoemt. De vastlegging van de afweging van risico's is summier. De rapportages geven de toestand van V. weer en de daarop ingezette interventies. Ook maken de rapportages meerdere keren melding van het feit dat er wapens (van vader) in huis zijn en dat ouders en behandelaars daarin een gevaar zien maar dat ouders maatregelen nemen om te voorkomen dat zoon erbij kan. Later is er een vermelding dat vader zal voorkomen dat zijn zoon een eigen wapenvergunning krijgt op zijn schietvereniging. Voortgangsbesprekingen in het team zijn vermeld maar geven geen inhoud van de bespreking of conclusie weer. Eén keer staat er dat behandelaar het wapengevaar met de ouders zal bespreken.

In het dossier is niet expliciet vastgelegd:

- a Verslag van het telefonisch overleg van de psychiater met forensisch instituut de Waag in Den Haag.
- b Verslag van het mondelinge overleg met de waarnemend geneesheer-directeur over risico van wapens en het beroepsgeheim.
- c Risicotaxatie(s) van suicidegevaar (het protocol is wel regelmatig toegepast).
- d Risicotaxaties van gevaar van wapenbezit voor derden.

Deze activiteiten zijn wel aan de orde gekomen in het gesprek van de commissie met de behandelaars. Uit mondelinge toelichting blijkt, dat V. en zijn toestand regelmatig onderwerp van gesprek zijn geweest en ter zake doende maatregelen zijn genomen. Het suicidegevaar is niet (meer) expliciet aan de orde geweest. De commissie heeft wel waargenomen dat een korte 'suicidaliteitscreeningslijst' bij de hulpverleners bekend is en min of meer standaard in de werkwijze is opgenomen, ook al wordt er niet steeds expliciet naar verwezen." (einde citaat)

Bevindingen van de inspectie

De inspectie onderschrijft op deze onderzoeksvraag de conclusie van de externe commissie niet.

De inspectie stelt vast dat de dossiervorming onvolledig en op onderdelen summier was. Behandelplannen zijn niet jaarlijks opgesteld en/of bijgesteld en in het dossier ontbreken aantekeningen over multidisciplinaire evaluaties. Een crisissignaleringslijst is niet opgesteld met V., omdat hij dit weigerde. Uit het dossier wordt niet duidelijk of met een zekere regelmaat nog is geprobeerd om met V. tot een crisissignaleringslijst te komen.

Uit het dossier blijkt niet dat er huisbezoeken zijn afgelegd of dat in het behandelteam is besproken om dit te doen. De huisarts is onregelmatig geïnformeerd. De laatste brief van 18 oktober 2010 aan de huisarts was summier over de psychiatri-

sche behandeling en diagnosestelling en eventuele aandachtspunten van de psychiatrische behandeling van belang voor de huisarts. De kritische opmerkingen van de externe commissie over het ontbreken van risicotaxaties, zowel ten aanzien van suicidegevaar als het gevaar van wapenbezit voor zowel betrokkene als anderen, onderstreept de inspectie. Ook al blijkt uit de bevindingen van de commissie op basis van de gesprekken die zijn gevoerd met de hulpverleners dat hiervoor wel aandacht is geweest. In het dossier is over deze cruciale punten volstrekt onvoldoende terug te vinden. De inspectie vindt dit kwalijk, alleen al omdat zonder vastlegging op genoemde punten geen continuïteit in de beoordeling van de mogelijke risico's mogelijk was.

Standpunt van de Raad van Bestuur van Rivierduinen en genomen maatregelen

De Raad van Bestuur van Rivierduinen heeft de bevindingen, conclusies en aanbevelingen van de externe commissie overgenomen en een actieplan opgesteld om te komen tot verbeteringen. Dit betreft verbetering van de verslaglegging en dossiervorming, procedures over de besluitvorming bij ingewikkelde en buitengewone casuïstiek en gerichte aandacht voor risicofactoren rond eventueel wapenbezit. Hierbij zal aansluiting gezocht worden bij de expertise van koepelorganisaties, zoals de KNMG en GGZ Nederland. De Raad van Bestuur van Rivierduinen heeft het volgende actieplan opgesteld:

- Aanscherpen kaders dossiervoering m.b.t. overwegingen/conclusies/besluitvorming.
- Opdracht aan bestuursstaf ontwikkeling procedures kwaliteit verslaglegging op bovengenoemde punten inclusief steekproefgewijs een interne check van de kwaliteit van de verslaglegging.
- Opstellen procedure besluitvorming bij ingewikkelde en buitengewone cases.
- In kaart brengen risicofactoren m.b.t. (vermeend) wapenbezit en hieruitvolgend het opstellen van een instrument ter ondersteuning van de zorgverleners bij afweging/overweging gevaar.
- Organiseren studiedag (in samenwerking met regionale juristen en GGZ Nederland) voor GGZ-instellingen rond het thema beroepsgeheim.
- Organiseren startbijeenkomst in samenwerking met GGZ Nederland rond thema beroepsgeheim van en voor stakeholders.

5 Conclusies

De inspectie heeft onderzocht of de hulpverlening aan V. verantwoord was en voldeed aan de zorgvuldigheidseisen voor instellingen en individuele beroepsbeoefenaren, die zijn vastgelegd in wet- en regelgeving en veldnormen.

In de twee maanden voorafgaand aan het schietincident had V. geen behandelcontact met GGZ-hulpverleners. Op 18 oktober 2010 is V. uitgeschreven bij GGZ Rijnstreek en hierover is bericht aan de huisarts. De mogelijkheid bleef open dat V. en zijn ouders contact op konden nemen, hiervan heeft V. begin februari 2011 eenmalig gebruikgemaakt.

De hulpverleners betrokken bij V. hebben in de laatste maanden voor de calamiteit geen signalen ontvangen dat er zorgen waren over betrokkene en dat interventie vanuit de hulpverlening nodig was. Ook de ouders hebben verklaard dat er geen aanleiding was voor speciale zorgen over hun zoon. Het bezit van een vuurwapen was bij de hulpverleners niet bekend. Onderstaande conclusies over de hulpverlening dienen in dit licht bezien te worden.

Achtereenvolgens komen aan de orde:

- De huisartsenzorg.
- De hulpverlening van GGZ-instelling Rivierduinen, onderscheiden in de organisatie van de zorgverlening en de individuele beroepsuitoefening.
- De samenwerking en afstemming tussen de huisarts en GGZ Rivierduinen.

De huisartsenzorg

De huisarts had al vele jaren een min of meer regelmatig, niet bovengemiddeld, contact met V. Het langdurig voorschrijven van slaapmedicatie en het ontbreken van voldoende afstemming hierover met de behandelaars van de GGZ is wel een aandachtspunt ter verbetering. Dit acht de inspectie gezien de problematiek van V. en de kern van deze zaak geen reden om te stellen dat de huisartsenzorg niet voldoende en/of inadequaat was. Op de samenwerking en afstemming tussen instellingen en beroepsbeoefenaren rond een patiënt/cliënt wordt onderstaand nog teruggekomen.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ Rivierduinen)

De organisatie van de zorgverlening door Rivierduinen en de individuele beroepsuitoefening van de individuele hulpverleners hangen nauw samen bij deze onderzochte calamiteit. Bij de te nemen maatregelen wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds eventuele 'systeemfouten' (tekortkomingen in de instelling/in de samenwerking tussen instellingen) en anderzijds eventuele individuele verwijtbaarheid (tekortkomingen van individuele beroepsbeoefenaren).

De inspectie komt tot de volgende conclusies ten aanzien van de hulpverlening door GGZ-instelling Rivierduinen.

- De inspectie constateert dat *op hoofdlijnen* de behandeling voor zover mogelijk in deze casus adequaat en redelijk zorgvuldig is geweest. Een belangrijk aspect hierbij is dat de ambulante behandeling bij de GGZ op vrijwillige basis plaatsvond. Patiënt was matig gemotiveerd voor behandeling. Patiënt heeft diverse keren de behandeling gestopt en verscheen soms niet op gemaakte afspraken. Na de gedwongen opname in 2006 waren, nu het de behandelaars (wegens het ontbreken van navraag) onbrak aan kennis over het wapenbezit, geen (andere) aanwijzingen voor ernstig (dreigend) gevaar voor patiënt of anderen die een

gedwongen opname en/of behandeling op basis van de Wet Bopz noodzakelijk maakten. In de twee maanden voorafgaand aan het zeer ernstige incident zijn er ook geen signalen geweest die een psychiatrische beoordeling voor eventuele gedwongen opname of behandeling noodzakelijk maakten.

Op de volgende onderdelen zijn kritische opmerkingen te maken bij de behandeling door GGZ-instelling Rivierduinen.

- Uit het dossier blijkt niet dat er systematisch aandacht is besteed aan het risico van suïcide en een eventueel vuurwapenbezit. Gezien de voorgeschiedenis, waarin bedreigd was met suïcide met een vuurwapen, had er regelmatig een risicotaxatie op beide risicovolle onderdelen uitgevoerd en in het dossier vastgelegd moeten worden.
- De richtlijn van de KNMG betreffende het beroepsgeheim en het doorbreken van dit beroepsgeheim op basis van een conflict van plichten is niet gevolgd. Uit de gesprekken is gebleken dat naar aanleiding van de waarschuwing van de ouders over de aanvraag van een wapenverlof er wel degelijk overleg is geweest over de vraag of vanuit de GGZ daaromtrent actie moest worden ondernomen maar is geconcludeerd dat de geheimhoudingsplicht hieraan in de weg stond. De onderliggende overwegingen hadden geëxpliciteerd moeten worden. Integraal onderdeel van de expliciete afweging had het mogelijk gevaar voor derden moeten zijn, waarbij afgifte van een vuurwapen een zo mogelijk nog zwaarder beroep doet op het fundamenteel wegen van alle relevante aspecten. Met een vuurwapen kunnen gemakkelijk grotere groepen slachtoffer worden gemaakt. Dit maakt de verplichting tot een optimale afweging zwaar. Vervolgens hadden de overwegingen gemarkeerd moeten worden in het dossier. Hiervan was geen sprake. De inspectie acht het maken van bedoelde aantekeningen in casu de verantwoordelijkheid van de betrokken BIG-geregistreerde hulpverleners⁷ en het ontbreken ervan is deze dan ook aan te rekenen.
- Het niet navragen door de hulpverlener(s) bij de patiënt en/of zijn ouders van een eventueel toegestaan wapenverlof, na eind 2008, acht de inspectie een tekortkoming die toegerekend kan worden aan de eindverantwoordelijke psychiater en de andere betrokken BIG-geregistreerde behandelaren.
- Op basis van het dossier is bij de inspectie de indruk ontstaan dat het behandel-aanbod grotendeels werd bepaald door de vragen en klachten van de patiënt. Bij ernstiger psychiatrische stoornissen zoals in deze casus, is een meer actieve bemoeizorg, huisbezoek en doorvragen op kritische factoren aangewezen.
- Het regelmatig en systematisch opstellen van behandelplannen met duidelijke behandel- en begeleidingsdoelen had beter en meer systematisch gemoeten. De behandelplannen waren globaal. De behandelings- en begeleidingsdoelen waren beperkt of niet uitgewerkt. Ook een crisissignaleringsplan overeengekomen met de cliënt ontbrak. Ook indien een patiënt hieraan niet meewerkt, moet bij patiënten met dergelijke psychiatrische problematiek hierop worden aangedrongen. De dossiervoering was te globaal. Het aantal behandelcontacten is te volgen, maar evaluaties, afwegingen betreffende de behandeling en besluitvorming waren summier of niet weergegeven.

Samenwerking en afstemming tussen de huisarts en de GGZ.

De samenwerking en afstemming met de GGZ had op onderdelen beter gekund. Dit betreft:

⁷ Voor een omschreven aantal beroepen, waaronder arts, GZ-psycholoog en verpleegkundige, geldt dat zij een beschermde titel mogen voeren. De beroepsbeoefenaren moeten daarvoor ingeschreven zijn bij het BIG-register.

- Het regelmatig informeren van de huisarts door de GGZ, door informatie te verstrekken over het behandelplan en een goede overdracht bij afsluiting van de behandeling.
- Het wederzijds afstemmen van het medicatiebeleid (de huisarts was de laatste tijd wel via de apotheek geïnformeerd over de medicamenteuze behandeling, maar niet door de GGZ, bij de GGZ ontbrak langere tijd informatie over de door de huisarts voorgeschreven slaapmedicatie).
- Het ontbreken van regelmatig mondeling overleg met de huisarts.

6 Maatregelen

Op basis van de conclusies van het onderzoek komt de inspectie tot de volgende te nemen maatregelen.

Maatregelen ten aanzien van de instelling en de keten huisarts-GGZ

De Raad van Bestuur van Rivierduinen heeft naar aanleiding van het interne onderzoek en het oordeel van de externe commissie een plan van aanpak ter verbetering opgesteld. Dit plan van aanpak is vermeld onder de bevindingen op pagina 14. De inspectie kan zich vinden in dit plan. Zij zal de voortgang en uitvoering daarvan nauwlettend controleren door het komend jaar steekproefsgewijs dossiers in te zien en deze te toetsen op de aanwezigheid van systematische risicotaxaties, adequate en actuele behandelplannen en dossiervorming van voldoende niveau, om vast te stellen of de voorgenomen maatregelen ook daadwerkelijk door Rivierduinen ten uitvoer worden gebracht.

De samenwerking en afstemming tussen de huisarts en GGZ was in deze casus voor verbetering vatbaar geweest. Op basis van deze casus worden de huisartsen in Alphen aan den Rijn en GGZ Rijnstreek, als onderdeel van Rivierduinen, verzocht om de handreiking van de KNMG 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' nader uit te werken in concrete afspraken over de zorgverlening aan patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen.

Maatregelen ten aanzien van de BIG-geregistreerde professionals

De inspectie heeft tekortkomingen in de hulpverlening geconstateerd die zijn terug te voeren op BIG-geregistreerde professionals die in deze casus als behandelaar zijn opgetreden. Dit betreft het niet volgen van de richtlijn van de KNMG betreffende het beroepsgeheim en het eventueel doorbreken van dit beroepsgeheim op basis van een conflict van plichten. In het verlengde hiervan acht de inspectie het verwijtbaar aan de direct betrokken behandelaars dat vervolgens geen navraag is gedaan naar het eventueel toestaan van een wapenverlof en het derhalve niet taxeren van de hiermee gepaard gaande risico's voor patiënt en derden.

Na zorgvuldige weging heeft de inspectie besloten om geen tuchtprocedure te starten tegen de psychiater of andere BIG-beroepsbeoefenaar die betrokken waren bij de behandeling en begeleiding van V.

Voor het besluit om desondanks geen tuchtprocedure te starten tegen de betreffende behandelaars heeft de inspectie de volgende redenen. De gebeurtenissen op 9 april 2011 hebben ook op de hulpverleners een enorme indruk gemaakt en zij zijn zich er terdege van bewust dat er tekortkomingen zijn geweest in de zorgverlening. De hulpverleners hebben hierin inzicht getoond en zowel de instelling als de hulpverleners spannen zich in om maatregelen te nemen om, voor zover dit binnen de mogelijkheden ligt, incidenten als deze te voorkomen en binnen de zorgverlening aandacht te hebben voor de dilemma's die kunnen spelen zoals in dit geval de vraag of het conflict van plichten tot actie had moeten leiden.

Dit alles wegende komt de inspectie tot haar oordeel dat het starten van een tuchtprocedure in deze uitzonderlijke casus geen toegevoegde waarde heeft in het daadwerkelijke verbeteren van de zorg.

Wel toont deze casus en het onderzoek naar andere meldingen van schietincidenten bij de inspectie dat verbetermaatregelen voor de gehele GGZ-sector nodig zijn. De inspectie is daarom in gesprek met GGZ Nederland en branche-organisaties van beroepsbeoefenaren om in bredere zin de risicotaxatie op mogelijke ernstige incidenten structureel te verbeteren. Zie verder hoofdstuk 7.

7 Nabeschuiving

Schietincidenten, waarbij willekeurige burgers het slachtoffer zijn, zoals in Alphen aan den Rijn, hebben een enorme impact. Dit betreft op de eerste plaats de slachtoffers en hun omgeving, maar ook maatschappelijk heeft een dergelijk incident grote gevolgen. Redenen om een aantal aspecten nader te beschouwen.

De risico's van vuurwapenbezit

In Nederland is vuurwapenbezit aan vrij strikte regels onderworpen. In de huidige vergunningverlening is geen rol voor de gezondheidszorg weggelegd.

Bij het ernstige schietincident met willekeurige slachtoffers in de Ridderhof was een psychiatrische patiënt betrokken, maar dit is uiterst zeldzaam. Wel komen agressie- en geweldsincidenten verhoudingsgewijs meer voor bij psychiatrische patiënten, maar meestal zijn die gericht op de patiënt zelf of de directe eigen omgeving, zoals het gezins- of familieverband.

In de periode 2006-2011 zijn bij de IGZ 47 meldingen gedaan door GGZ-instellingen, die betrekking hadden op een schietincident. In totaal zijn 46 personen als gevolg van deze incidenten overleden. Van de 46 overledenen ging het in 36 gevallen om een (geslaagde) suicide, waarbij de psychiatrische patiënt dus zelf om het leven kwam. De 10 overige overledenen betroffen niet-patiënten (3 overledenen in familiale kring, 7 overledenen uit niet-familiale kring, waarvan 6 het slachtoffer waren van het incident in Alphen). In een land waar vuurwapenbezit aan regels is onderworpen zijn dit geen verwaarloosbare aantallen. Het onderhavige incident in Alphen en deze aantallen geven aanleiding om de wijze van vergunningverlening nog eens onder de loep te nemen.

Het is van belang dat nadrukkelijker bij opname en tijdens de behandeling, in het behandeldossier herleidbaar, aandacht wordt geschonken aan het maken van een goede risico-inschatting en het vervolgens monitoren van deze risico's. Hierbij moet het enerzijds gaan om suiciderisico, anderzijds om het risico van de patiënt jegens derden. Ggz-professionals moeten zich nog meer bewust zijn van de veiligheidsrisico's, een heldere verslaglegging doen van hun overwegingen en gebruikmaken van consultatie bij dilemma's.

Het medisch beroepsgeheim en het conflict van plichten

Het medisch beroepsgeheim is een groot goed, omdat patiënten zich daardoor tot een hulpverlener kunnen wenden voor bijstand en advies zonder vrees voor het openbaar worden van hetgeen aan de hulpverlener wordt toevertrouwd. Echter het is geen absoluut beginsel en uitzonderingen zijn mogelijk, zoals ook in literatuur en jurisprudentie naar voren komt. De toestemming van de betrokken patiënt is daar één van, evenals een wettelijke grondslag. Deze beide uitzonderingsgronden zijn relatief eenduidig. Voor de derde uitzonderingsgrond, die in deze casus relevant is, geldt dat hij ingewikkelder van aard is. De derde uitzonderingsgrond voor het hanteren van het beroepsgeheim is het "het conflict van plichten"

Het conflict van plichten betreft een persoonsgebonden afweging van belangen waarbij het belang van de geheimhouding voor de hulpverlener zwaarwegend is, maar ook het eventuele gevaar dat voortvloeit uit het niet-verbreken van het beroepsgeheim zwaar weegt en ook wegen moet. Het is van belang voor hulpverleners om situaties te herkennen waarin een dergelijk conflict kan spelen, en het is van belang om deze situaties bespreekbaar te maken, zowel binnen het behandelteam als anoniem, buiten het behandelteam. Vastlegging van het conflict van plichten en de afwegingen die zijn gemaakt in dat kader en tot welke beslissing die

hebben geleid in het dossier is daarbij voor de navolgbaarheid van het beleid essentieel.

De KNMG-richtlijn "Beroepsgeheim arts jegens politie en justitie" geeft handvatten aan de hulpverleners hoe te handelen. Bovenstaande aspecten staan daarin verwoord. Echter, geconstateerd kan worden dat genoemde richtlijn in specifieke situaties soms onvoldoende handvatten biedt voor de betrokken professionals. In de GGZ is geconstateerd dat de richtlijn onvoldoende houvast biedt voor het hanteren van de specifieke, GGZ-gerelateerde informatie die de professionals soms krijgen aangereikt. De GGZ-sector is gestart met het aanscherpen van de bestaande richtlijn. Dit moet uitmonden in een meldcode voor geweldsgerelateerde situaties speciaal voor GGZ-professionals.

Het medisch beroepsgeheim en openbaarmaking

Een bijzondere situatie wat betreft het medisch beroepsgeheim kan ontstaan na het overlijden van een patiënt. Hiervoor gelden strikte regels omdat de toestemming van de patiënt meestal ontbreekt en veelal ook geen inschatting gemaakt kan worden van zijn/haar afwegingen in deze. Het is de inspectie bekend dat ten aanzien van de onderhavige casus V. gepleit is voor het openbaar maken van de medische dossiers die betrekking hebben op V. De inspectie meent dat dit een stap te ver is. Zij heeft er overigens wel begrip voor dat die behoefte bestaat; een behoefte om beter te kunnen begrijpen hoe V. tot zijn daad heeft kunnen komen en ook of er iets en zo ja wat door de zorgverleners aan is gedaan om dit te voorkomen. Het is mede tegen deze achtergrond dat de inspectie heeft gemeend dit rapport op deze wijze openbaar te maken (zie verder hoofdstuk 3).

Autonomie en zelfbeschikkingsrecht versus bemoeizorg en overnemen zorgregie

In Nederland zijn de rechten van de burger goed beschermd. De keerzijde is dat in situaties waarbij sprake is van psychiatrische stoornissen en de bescherming van betrokkenen of zijn omgeving nodig is hierop slechts met toepassing van de Wet Bopz kan worden ingegrepen. Bij patiënten met psychotische stoornissen en beperkt of geen ziektebesef en ziekte-inzicht is het onderhouden van een 'vrijwillige' behandelrelatie vaak een moeizame zaak. Patiënten zien niet altijd de noodzaak om medicatie in te nemen en zien ook vaak geen redenen om contacten met hulpverleners te onderhouden. Personen die geen zorgvraag hebben worden daardoor veelal niet adequaat behandeld, behalve in het kader van gedwongen behandeling en/of opname in het kader van de Wet Bopz. Zij komen pas in beeld bij verwaarlozing, dakloosheid, geweld, vervuiling, psychische ontreddeering en financiële problemen. Het gaat meestal om complexe en meervoudige problematiek bij mensen die zorg mijden (ook wel zorgwekkende zorgmijders genoemd). Wanneer deze patiënten echter tijdig door bemoeizorg actief worden benaderd en dien-tengevolge diagnostiek op alle leefgebieden kan plaatsvinden, kan een zorgarrangement worden opgezet met behulp van bijvoorbeeld (Functionele) 'Assertive Community Treatment' (FACT) en bemoeizorg, die zijn gericht op het in zorg krijgen en houden van deze patiënten en het creëren van netwerken om de patiënt heen. Een nadere standpuntbepaling en zo mogelijk het ontwikkelen van een veldnorm in welke situaties een vorm van bemoeizorg nodig is bij patiënten met (meestal chronisch) psychotische stoornissen is van belang. Hierbij hoort de ethische discussie in hoeverre autonomie en zelfbeschikking van de zorgmijder kunnen worden ingeperkt door bemoeizorg en het veelal niet met instemming van de patiënt overnemen van de zorgregie.

De IGZ start in 2012 een thematisch toezicht naar bereik en kwaliteit van bemoeizorg, juist vanwege het gegeven dat de meest kwetsbare en zorgmijdende zieke medemens volledig uit beeld kan raken, met soms zeer grote consequenties.